

Année 1904

THÈSE

N°  
492

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Mardi 19 Juillet 1904, à 4 heures*

PAR

Gaston HAGUIER

INTERNE DES HÔPITAUX DU HAVRE

---

CONTRIBUTION

A

L'ÉTUDE DES TUMEURS INFLAMMATOIRES  
DE L'ESTOMAC

---

PRÉSIDENT : M. GUYON, Professeur.

|       |   |                        |   |         |
|-------|---|------------------------|---|---------|
| JUGES | { | MM. BUDIN, Professeur. | } | Agréés. |
|       |   | MARION,                |   |         |
|       |   | DEMLIN,                |   |         |

---

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 12

(Anciennement 36, rue Serpente)

---

1904

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                               |               |
|---------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Doyen.</b>                                                 | M. DEBOVE.    |
| <b>Professeurs.</b>                                           | MM.           |
| Anatomie                                                      | POIRIER.      |
| Physiologie                                                   | CH. RICHET.   |
| Physique médicale.                                            | GARIEL.       |
| Chimie organique et chimie minérale.                          | GAUTIER.      |
| Histoire naturelle médicale.                                  | BLANCHARD.    |
| Pathologie et thérapeutique générales.                        | BOUCHARD.     |
| Pathologie médicale                                           | { HUTINEL.    |
|                                                               | { BRISSAUD.   |
| Pathologie chirurgicale                                       | LANNELONGUE   |
| Anatomie pathologique                                         | CORNIL.       |
| Histologie                                                    | MATHIAS DUVAL |
| Opérations et appareils                                       | BERGER.       |
| Pharmacologie et Matière médicale                             | POUCHET.      |
| Thérapeutique                                                 | GILBERT       |
| Hygiène                                                       | N....         |
| Médecine légale                                               | BROUARDEL.    |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie                    | DEJERINE.     |
| Pathologie comparée et expérimentale.                         | CHANTEMESSE   |
|                                                               | { DEBOVE.     |
| Clinique médicale.                                            | { LANDOUZY.   |
|                                                               | { HAYEM.      |
|                                                               | { DIEULAFOY.  |
| Clinique des maladies des enfants.                            | GRANCHER.     |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques               | GAUCHER.      |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale | JOFFROY.      |
| Clinique des maladies du système nerveux                      | RAYMOND.      |
|                                                               | { TERRIER.    |
| Clinique chirurgicale.                                        | { DUPLAY.     |
|                                                               | { LE DENTU.   |
|                                                               | { TILLAUX.    |
| Clinique ophtalmologique                                      | LAPERSONNE.   |
| Clinique des maladies des voies urinaires                     | GUYON.        |
| Clinique d'accouchement.                                      | { PINARD.     |
|                                                               | { BUDIN.      |
| Clinique gynécologique                                        | POZZI.        |
| Clinique chirurgicale infantile.                              | KIRMISSON.    |

## Agrévés en exercice.

| MM.            | DESGREZ.     | LAUNOIS.   | RIEFFEL, chef   |
|----------------|--------------|------------|-----------------|
| ACHARD.        | DUPRE.       | LEGRY.     | des trav. anat. |
| AUVRAY.        | FAURE.       | LEGUEU.    | TEISSIER.       |
| BEZANÇON.      | GILLES DE LA | LEPAGE.    | THIERY.         |
| BONNAIRE.      | TOURETTE.    | MARION.    | THIROLOIX.      |
| BROCA (AUG.).  | GOSSET.      | MAUCLAIRE. | THOINOT.        |
| BROCA (ANDRÉ). | GOUJET.      | MERY.      | VAQUEZ.         |
| CHASSEVANT.    | GUIART.      | POTOCKI.   | WALLICH.        |
| CUNEO.         | HARTMANN.    | REMY.      | WALTHER.        |
| DEMELIN.       | JEANSELME.   | RENON.     | WIDAL.          |
|                | LANGLOIS.    | RICHAUD.   | WURTZ.          |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A TOUS LES MIENS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYON

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL NECKER

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MEMBRE DE L'INSTITUT (ACADÉMIE DES SCIENCES)

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

## INTRODUCTION

---

Etant interne des Hôpitaux du Havre, il nous a été donné de voir à plusieurs reprises, de 1901 à 1904, une femme opérée en octobre 1900 par le Dr Sorel pour cancer de l'estomac. Nous aurions pu être surpris de voir une survie de telle durée (4 ans) et un état général plus que satisfaisant (la malade qui, au moment de l'opération pesait 49 kilogs, pèse actuellement 75 kilogs.) succédant à une simple opération palliative comme la gastro-entérostomie en Y, si le Dr Sorel n'avait pris soin lui-même de réformer, depuis longtemps déjà, le diagnostic primitivement porté et s'il ne nous avait dit qu'il s'agissait là, non pas comme on l'avait cru d'abord, d'un cancer de l'estomac, mais bien d'une tumeur inflammatoire du même organe.

Nous avons trouvé dans la littérature médicale un certain nombre de faits semblables, soit que la survie ait prouvé qu'il ne s'agissait point de cancer, soit que l'examen histologique de coupes prises sur le vivant ou sur le cadavre ait montré qu'on était en présence de tumeur inflammatoire sans aucune trace de dégénérescence cancéreuse.

Il nous a paru intéressant de les rassembler.

Malgré leur petit nombre, elles forment un chapitre important au point de vue du pronostic et du traitement. Plusieurs malades ont obtenu une guérison définitive d'une opération entreprise au point de vue simplement palliatif. Il nous a semblé utile de réagir contre la tendance actuelle à considérer toutes les tumeurs de l'estomac comme forcément malignes et à se contenter de les laisser évoluer, tandis qu'une opération hâtive pourrait sauver le malade.

Nous n'étudierons que les tumeurs inflammatoires, éliminant de notre sujet les néoplasmes bénins (polypes, adénomes), et les tumeurs tuberculeuses et syphilitiques.

Notre travail sera ainsi divisé :

- I Historique ;
- II Etiologie et anatomie pathologique ;
- III Symptômes et diagnostic ;
- IV Traitement.

Avant de commencer notre travail, nous tenons à exprimer nos sentiments de reconnaissance à tous ceux qui nous ont guidé dans nos études médicales.

Nous remercions tout d'abord nos anciens maîtres de l'Ecole de Rouen : MM. les Docteurs François Hüe, Gargam et Chaboux, qui nous ont enseigné les éléments de la chirurgie et de la médecine.

A Paris, où nous avons continué nos études, nous avons, avec beaucoup de profit, recueilli les enseignements du Professeur Dieulafoy. Nous remercions vivement le Docteur Demelin qui a bien voulu nous initier aux difficultés de l'obstétrique.

Enfin, nous n'avons garde d'oublier les hôpitaux du Havre, que nous allons quitter à regret après trois années passées au milieu de collègues qui, presque tous, furent nos amis et dont nous garderons toujours le meilleur souvenir.

Interne successivement de MM. les Docteurs Lausiès, Brunschwig, Dubary, Leroy, Courbet, Lecène, Frottier et Engelbach nous gardons à ces maîtres, qui furent pour nous plutôt des amis, un souvenir de profonde gratitude.

Nous remercions également MM. les Membres de la Commission administrative et M. le Directeur des Hôpitaux de leur obligeance à notre égard.

Notre ancien collègue d'internat, le Dr Le Nouène, a bien voulu nous fournir le sujet de notre travail.

Nous avons plutôt abusé de sa science, de son temps et de sa bonne amitié, nous lui en serons toujours très reconnaissant.

M. le professeur Guyon nous fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, qu'il nous permette de lui exprimer notre très vive reconnaissance.

## CHAPITRE PREMIER

---

### HISTORIQUE

C'est le professeur Terrier (1) qui le premier, en 1894, s'occupa, à la Société de Chirurgie, des tumeurs inflammatoires de l'estomac. Son observation était ainsi intitulée : «Néoplasme inflammatoire de la petite courbure de l'estomac adhérent au lobe gauche du foie et à la paroi abdominale antérieure, pris pour un carcinome. Laparotomie exploratrice palliative ; guérison opératoire, puis guérison définitive de la malade»

La malade qu'il présentait avait été opérée un an auparavant, en mars 1893, pour une tumeur épigastrique maintenant complètement disparue,

Déjà auparavant, en juin 1892, Doyen (2) avait opéré, pour ulcère rond avec hématoméses et sténose pylorique, un malade atteint d'ulcère calleux du pylore et du duodénum, adhérent aux organes voisins et qui avait parfaitement guéri.

Le même chirurgien (3), en juillet 1853, faisait une

---

(1) Terrier. — Bulletin de la Société de Chirurgie 1894, page 424.

(2) Doyen. — Traitement chirurgical des maladies de l'estomac, obs. II, page 332.

(3) Doyen. — Traitement chirurgical des maladies de l'estomac, obs. 12, page 343.

laparotomie pour cancer de l'estomac et trouvait un ulcère calleux du pylore facilement isolable.

Le malade très affaibli mourut 48 heures après l'opération et l'examen de la pièce montra qu'il s'agissait d'un énorme ulcère sans aucune trace de dégénérescence cancéreuse.

Doyen (1) opéra également en mars 1894, une femme de 52 ans présentant depuis longtemps déjà des accidents hépatiques, avec vomissements alimentaires répétés et amaigrissement rapide. La laparotomie montra de nombreuses adhérences du pylore avec la vésicule biliaire, et des calculs englobés dans la masse indurée: on fit l'exclusion du pylore puis une gastro entérostomie antérieure. La malade mourut de cholécystite supprimée.

En 1895, Dayot (2) rapporte à la Société de Chirurgie un cas analogue à celui de Terrier et où les symptômes gastriques et la tumeur disparaissent à la suite d'une simple laparotomie exploratrice.

Montprofit (3) dans la thèse de Mongour, en 1897, rapporte le cas d'une femme de 58 ans atteinte depuis longtemps de coliques hépatiques et présentant une tumeur de la région épigastrique. La laparotomie fut faite; on trouva la vésicule biliaire, le pylore et l'extrémité supérieure du duodénum engloutis dans un tissu induré formant une masse considérable. Pas d'autre intervention.

---

(1) Doyen. — Traitement chirurgical des maladies de l'estomac, obs. X, page 342.

(2) Dayot. — Bulletin de la Société de chirurgie 1895, 30 octobre, page 633.

(3) Montprofit. — Obstruction du pylore par calculs biliaires. Obs. in thèse de Mongour, Paris, 1857. obs. XII, Thèse Marchais.

Mort en 48 heures. L'autopsie fit voir des adhérences énormes, un calcul dans la vésicule biliaire et un calcul enchâssé dans la muqueuse du pylore.

En mai 1897, paraît la thèse de Marion (1) relatant l'observation de Terrier (2) déjà citée et deux observations de Chaput (3).

L'une (3) concernant un homme de 49 ans, amaigri, ne pesant plus que 104 livres au lieu de 134 et présentant une tumeur épigastrique avec ascite considérable, si bien que l'on avait diagnostiqué cancer de l'estomac. Le malade opéré le 5 décembre 1892 présentait une tumeur de la face postérieure de l'estomac, du volume de deux poings, communiquant avec l'estomac par une ouverture de la largeur d'une pièce de 5 francs.

Dans l'autre observation (4) il s'agissait d'un homme de 34 ans portant une tumeur du volume d'un œuf de poule, à la région ombilicale. La laparotomie (28 août 1895) montra une énorme tumeur de la région pylorique du volume d'un poing environ et qui avait tous les caractères extérieurs d'un carcinome. Gastro-entérostomie postérieures; guérison rapide bien que la tumeur persistât encore six mois après.

Marion (5) cite ensuite l'observation de Walther : Femme de 28 ans, présentant une tumeur appréciable prise pour un carcinome. On pratiqua la laparotomie,

---

(1) Thèse de Marion — De l'intervention chirurgicale dans le cours et dans les suites de l'ulcère simple de l'estomac de Paris 1897.

(2) Thèse de Marion — observation XVI — page 135

(3) Thèse de Marion — observation XXII — page 143

(4) Thèse de Marion — observation XXIII — page 146

(5) Thèse de Marion — observation XVIII — page 140

mais ne pouvant arriver à décoller les adhérences on se contenta de fermer le ventre. En 5 mois la malade avait augmenté de 21 kilos et, trois ans après, elle se portait bien.

Nous trouvons également dans la thèse de Marion les observations rapportées à cette époque à l'étranger surtout en Allemagne. Eiselsberg et Klassner, Krogus, Czerny, Rindfleisch, Dreydorff, Max Einhorn, Fritzsche, Lauenstein et Mikulicz avaient opéré pour cancers de l'estomac plusieurs malades atteints de tumeurs inflammatoires avec adhérences. La guérison définitive survenue dans certains cas et dans d'autres l'examen microscopique des pièces ont montré qu'il s'agissait de tissu cellulaire cicatriciel, sans trace de dégénérescence cancéreuse.

Peu après l'apparition de la thèse de Marion, Montprofit (1) croyant se trouver en présence d'une tumeur maligne de la région pylorique opérait une femme qui présentait à la région épigastrique une tumeur du volume d'un œuf de pigeon avec vomissements continuels et crises douloureuses.

La laparotomie (3 mars 1898) montra une tumeur occupant le 1/3 inférieur de l'estomac. On fit une pylorectomie suivie d'une gastro-entérostomie en Y. La malade fut présentée à la société de chirurgie comme opérée de cancer du pylore. Lors de la discussion, Chaput émit un doute sur la nature de la tumeur qu'on lui présentait : « Je trouve, dit-il, que, au point de vue macroscopique, l'aspect de cette pièce a beaucoup de rapport avec la

(1) Montprofit. — *Bulletin de la société de chirurgie*, 18 mars 1898  
page 283

lignité hypertrophique, il n'y aurait donc peut-être pas là de cancer. » Tuffier et Hartmann pensèrent au contraire qu'il y avait bien tumeur maligne. « Il s'agit, évidemment de la lésion vulgairement décrite sous le nom de cancer du pylore » (Hartmann). L'examen microscopique devait montrer que cette tumeur était d'origine inflammatoire et Hartmann dans sa communication à la Société de chirurgie, l'année suivante, s'exprime en ces termes à propos de l'observation de Montprofit : « L'examen microscopique fait par notre regretté ami Pilliet montra que j'étais dans l'erreur et qu'on ne se trouvait qu'en présence d'une pseudo-tumeur, constituée par du tissu inflammatoire occupant l'épaisseur des tuniques stomachales. »

La même année, 1898, Chaput (1) présentait à la Société de chirurgie une femme de 37 ans entrée dans son service pour « des douleurs violentes de la région ombilicale avec vomissements répétés et température élevée. » Elle présentait en outre une tumeur volumineuse de la région ombilicale. La laparotomie montra une grosse tumeur adhérente à la paroi-abdominale postérieure. Gastro-entérostomie antérieure. Deux mois après l'opération toute tumeur avait disparu.

Hartmann (2) en 1899 rapporte à la Société de chirurgie un cas de Mauclaire. Il s'agit d'un ulcère du pylore formant une tumeur para-ombilicale du volume d'un poing. La surface séreuse du pylore est normale sans adhérences. Gastro-entérostomie postérieure qui amène une véritable

---

(1) Chaput. — *Société de chirurgie*, 9 février 1898, page 126.

(2) Hartmann et Mauclaire. — *Bulletin de la société de chirurgie*, 3 mai 1899, page 484.

résurrection. 4 semaines après l'intervention, la malade avait augmenté de 9 kilos et on ne trouvait plus de tumeur pylorique.

A la même époque, Schwartz (1) présente à la même société une femme de 38 ans à qui il avait fait une gastro-entérostomie postérieure pour accidents gastriques et état grave. A l'ouverture du ventre, il avait trouvé une tumeur qui avait envahi le petit cul-de sac de l'estomac et la région pylorique. 5 mois après l'opération, date de la présentation, la malade a augmenté de 30 livres et on ne trouve plus de tumeur.

Quelques jours après, Tuffier (2) faisait un rapport sur le cas suivant de Démoulin : homme de 32 ans, opéré pour tumeur épigastrique. La laparotomie montre une tumeur du volume d'une orange, sans adhérences. Gastro-entérostomie postérieure ; 33 jours après plus de tumeur. 7 mois après la guérison absolue se maintient.

Pantaloni (3), en janvier 1899 opère une femme de 62 ans pour cancer de l'estomac. Il trouve une énorme masse calleuse du pylore adhérente aux organes voisins et fait la gastro-entérostomie en Y. La malade gagna 10 kilos en 3 mois et depuis se porte bien.

Enfin, en 1902, paraît dans la *Revue médicale de la Normandie* l'observation de Sorel (4). Elle nous a suggéré l'idée de cette thèse.

Il s'agit d'une femme de 54 ans présentant tous les

---

(1) Schwartz. — *Bulletin de Société de chirurgie* 10 mai 1899 page 520.

(2) Tuffier. — *Rapport Bulletin Société de chirurgie* 24 mai 1899.

(3) Pantaloni. — *Archives provinciales de chirurgie*, 10 octobre 1899, page 600.

(4) Sorel. — *Revue médicale de Normandie*, 25 mars 1902.

symptômes d'un cancer de l'estomac, maladie diagnostiquée par les deux médecins de la malade. Poids 49 kilos. Intolérance gastrique, mais pas de tumeur appréciable. A la laparotomie, on trouve une tumeur allongée du pylore, grosse comme deux doigts, avec adhérences entre la vésicule biliaire et le pylore. L'extirpation est impossible, on croit toujours à un cancer et on se contente de faire une gastro-entérostomie en Y comme intervention palliative. La malade guérit parfaitement. Du jour de l'opération, les vomissements cessent : 16 mois après la malade a gagné 23 kilos 800. Revue par nous le 26 juin 1904, cette femme souffre depuis quelques semaines d'un malaise général mal déterminé, mais qui, d'après elle-même, n'a rien de commun avec ce qu'elle éprouvait avant l'opération, attendu que depuis 4 ans elle n'a eu aucun trouble gastrique.

En dernier lieu, Lejars (1), mars 1903, rapporte le cas suivant à la Société de Chirurgie.

Il s'agit d'une femme de 34 ans ayant eu d'abord des douleurs, des vomissements puis des maux de ventre et enfin présentant une tumeur à la région épigastrique. La laparotomie, faite le 8 novembre 1902, montra une grosse tumeur blanchâtre du pylore et du segment voisin de l'estomac. On fit la pyloréctomie. 4 mois après la malade avait augmenté de 18 kilos.

L'examen de la tumeur montra un processus ulcéreux sans trace de néoplasme.

---

(1) Lejars. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 11 mars 1903, page 325.

## CHAPITRE II

---

### ETIOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'expression : tumeur inflammatoire, constitue un abus de langage. Aujourd'hui, le mot tumeur, synonyme de néoplasme, indique une augmentation de volume par tissu de néoformation, en dehors de tout processus inflammatoire. C'est donc simplement, au point de vue clinique et par analogie avec les néoplasmes d'un même organe, que nous pouvons conserver cette dénomination.

Le Professeur Terrier, en intitulant son observation : « Néoplasme inflammatoire de la petite courbure de l'estomac adhérent au lobe gauche du foie et à la paroi abdominale antérieure, pris pour un carcinome », fait remarquer que cette désignation est d'autant plus autorisée : « Qu'un certain nombre de formations qui sont aujourd'hui rangées dans les néoplasmes, sont de nature inflammatoire. »

Nous pouvons donc définir la tumeur inflammatoire de l'estomac : « *une augmentation de volume d'une partie de l'estomac assez notable pour donner l'aspect clinique d'un néoplasme, mais de nature ni néoplasique, ni tuberculeuse, ni syphilitique.* »

Cette tuméfaction peut être elle-même le résultat ou d'une augmentation plus ou moins étendue des parois de l'estomac ou d'adhérences avec les organes voisins.

Le siège d'élection de la tumeur inflammatoire de l'estomac est la région pylorique. Cette localisation provient surtout de la fréquence de l'ulcère en cette région. Celui-ci est en effet la cause la plus souvent observée des tumeurs inflammatoires.

L'ulcère calleux, par l'épaississement qu'il détermine des parois de l'estomac et par les adhérences qui en résultent, peut revêtir l'aspect d'un néoplasme.

### **1° Tumeurs déterminées par un épaississement de la région pylorique; sans adhérences**

Plusieurs de nos observations relatent un épaississement de la région pylorique, consécutif à la maladie de Cruveilhier sans aucune adhérence avec les organes voisins.

Dans l'observation de Doyen (Obs. III), « la tumeur fut isolée aisément » et le chirurgien put faire la pylorectomie suivie de gastro-entérostomie.

Mauclaire (Obs. XXIII) trouva « une tumeur du volume du poing, la surface séreuse du pylore était normale et sans adhérences ».

Dans l'observation de Schwartz, on trouve « un envahissement du petit cul-de-sac de l'estomac et de la région pylorique ».

Pour le malade de Demoulin, pas d'adhérences. Pas d'adhérences également pour le malade de Lejars dont « la tumeur occupait le pylore se prolongeant sur le segment inférieur de l'estomac ».

**2° Tumeurs déterminées par une  
inflammation diffuse de l'estomac;  
sans adhérences également**

Dans toutes les observations que nous venons de relater, la tumeur était produite par un ulcère localisé à la région pylorique.

Dans l'observation de Montprofit (Obs. XXI) au contraire, la tuméfaction est déterminée par une hypertrophie en nappe de l'estomac.

Les tumeurs de ce genre ont attiré l'attention des chirurgiens dans ces derniers temps, mais Cruveilhier (1) les connaissait déjà : « à l'estomac, dit-il, l'hypertrophie musculaire est extrêmement fréquente, elle peut occuper la région pylorique de cet organe, et même, être limitée au pylore. Quand elle occupe la région pylorique, elle va en diminuant graduellement en allant du pylore vers le corps de l'estomac ». Il cite une observation de Broca père (Observation personnelle) où toutes les tuniques de l'estomac sont prises : « Chez une femme de 72 ans, morte par suite de vomissements continuels survenus seulement dans la dernière semaine de la vie, l'extrémité pylorique de l'estomac présentait un épaissement considérable, non seulement du pylore, mais encore de la partie voisine de l'estomac dans une hauteur de 4 à 5 centimètres. L'analyse de cette altération m'a présenté : 1° Le péritoine sain ; 2° le tissu cellulaire sous-péritonéal et la membrane musculeuse hypertrophiés ; 3° le siège

---

(1) J. Cruveilhier. — De l'ulcère simple chronique de l'estomac. Chapitre des hypertrophies, tome III, page 29.

principal de l'hypertrophie dans la membrane fibreuse, (lisez tissu cellulaire sous-muqueux ou tunique celluleuse) qui avait deux fois plus d'épaisseur que la tunique musculieuse (environ 10 millimètres); qui offrait une densité extrême et dont la coupe présentait un aspect lobulaire, à la manière d'un corps fibreux. La membrane muqueuse, très adhérente à la membrane fibreuse, était couverte de villosités très prononcées. Il est donc constant qu'un grand nombre de prétendus cancers du pylore ne sont autre chose qu'une hypertrophie de cette région ». Gérard-Marchant et Demoulin (1) font remarquer, au sujet de cette observation, que « si la malade vivant de nos jours avait subi la gastro-entérostomie, la tumeur aurait disparu, ou que, si la pylorectomie avait été pratiquée et la tumeur examinée ensuite, on aurait sans doute prononcé le mot d'hypertrophie mais qu'on aurait surtout parlé de tumeur inflammatoire du pylore ».

Si donc on croit pouvoir rattacher les tumeurs localisées à la région pylorique à la cicatrisation d'un ancien ulcère, comme ces tumeurs dont nous avons parlé dans le premier paragraphe, il semble qu'il n'en soit pas de même dans la seconde observation de Montprofit.

L'opération ne révéla aucune trace d'ulcération. Montprofit trouva que la pièce enlevée par la pylorectomie avait macroscopiquement l'aspect de « la lignite hypertrophique » et l'examen histologique montra les tuniques stomachales infiltrées de tissu inflammatoire.

---

(1) Gérard-Marchant et Demoulin. — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1899, page 856.

### 3<sup>e</sup> Tumeurs inflammatoires avec adhérences.

A côté de ces tumeurs, soit localisées, soit diffuses de l'estomac, produites uniquement par une hypertrophie des tuniques de l'organe, plus nombreuses sont celles où existent des adhérences avec les viscères voisins. Ces adhérences sont dues soit à une inflammation primitive de l'estomac (ulcère), soit à une inflammation des organes voisins.

#### *A) Adhérences consécutives à une inflammation primitive de l'estomac.*

La cause la plus fréquente de ces adhérences est la cicatrisation de l'ulcère de l'estomac. Brinton après avoir fait remarquer que dans la moitié des cas d'ulcères de l'estomac on a trouvé la trace d'une guérison probablement spontanée, dit que cette cicatrisation donne le plus souvent des adhérences étendues. « Mes propres observations me permettent de confirmer celles de Jacksch qui a trouvé 22 fois ces adhérences sur 57 cas d'ulcères, ce qui fait environ 40 fois sur 100. Ainsi, sur 22 cas d'adhérences, on trouvait 15 fois le pancréas réuni avec la face postérieure ou la petite courbure de l'estomac ; dans 5 cas, le pylore ou la petite courbure étaient adhérents au foie ; ces mêmes parties adhéraient : une fois au mésentère, une fois à la rate. »

Cette statistique comprend seulement les adhérences viscérales ; les adhérences pariétales n'y sont pas men-

---

W. Brinton. — *Traité des maladies de l'estomac*, Traduction Ryant, 1870.

tionnées. On n'en trouve d'ailleurs pas la proportion exacte dans la Thèse de Marion qui consacre un chapitre spécial de son travail à l'étude des adhérences de l'estomac avec la paroi abdominale antérieure. Ce dernier auteur dit dans son « Exposé des titres et travaux scientifiques. » (Paris 1901), « les adhérences de la face postérieure n'ont pas grande conséquence ; celles de la face antérieure, au contraire, déterminent des troubles analogues à ceux que l'on rencontre dans toutes les dyspepsies. »

Comparant les adhérences de la face antérieure et celles de la face postérieure, Brinton écrit dans son traité des maladies de l'estomac : « Les adhérences de la face antérieure sont souvent de simples filets de lymphe, à peine organisés et qui, par l'effet des mouvements continus de l'estomac, ont pris l'apparence d'un grossier enchevêtrement de fibres présentant des interstices de grandeur variable ; au contraire, les adhérences en masse qui unissent l'estomac au foie et au pancréas sont formées d'un tissu fibreux, dense, qui éloigne, pour ainsi dire, tout danger de perforation. Rémon (1) fait remarquer que cette disposition est loin d'être constante et que dans de nombreuses observations les adhérences gastro-pancréatiques étaient très friables.

Dans nos observations, nous rencontrons des adhérences soit friables, soit épaisses, tantôt en avant tantôt en arrière. La malade de Terrier présentait des adhérences avec le lobe gauche du foie et la paroi

---

(1) Rémon. — Des adhérences gastro-pancréatiques consécutives à l'ulcère de l'estomac. *Thèse*, Paris, 1902.

abdominale antérieure. Dans un des cas de Doyen « le pylore et la première portion du duodénum sont transformés en une masse calleuse adhérente aux organes voisins. Chez le malade de Dayot « peu d'adhérences réunissaient la petite courbure au foie. »

Chaput observe une « grosse tumeur adhérente à la paroi abdominale postérieure. » Dans le cas de Sorel on trouve des adhérences volumineuses de la partie antérieure du pylore avec la vésicule biliaire et l'épiploon gastro-hépatique.

La lésion était si étendue, que le chirurgien, croyant se trouver en présence d'un cancer, non seulement renonça à faire la pyloréctomie mais fut sur le point de re fermer l'abdomen sans autre intervention. Dans les observations des auteurs allemands, rapportées par Marion, nous trouvons également des adhérences le plus diversement distribuées ; cependant, nous devons ajouter que les adhérences avec la paroi abdominale antérieure y sont mentionnées en plus grand nombre.

*B) Adhérences consécutives à une inflammation de voisinage.*

Nous venons de passer en revue les adhérences consécutives à la cicatrisation de l'ulcère et à la périgastrite qui l'accompagne ; restent les adhérences dues à l'inflammation d'un organe voisin, se propageant ensuite à l'estomac. Dans nos observations, nous n'en rencontrons que deux cas : Observation de Montprofit (Obs. VI), (Observation de Doyen (Obs. IV). Dans ces deux cas, il s'agit de tumeur inflammatoire consécutive à des lésions

calculieuses de la vésicule biliaire. Les adhérences étaient épaisses, formant une grosse masse indurée, englobant des calculs. Dans les deux cas, la séparation des adhérences fut impossible.

Nous ne terminerons point ce chapitre d'étiologie sans signaler l'importance du sexe sur la fréquence de la tumeur inflammatoire. Dans plus des  $\frac{3}{4}$  des cas, exactement 24 sur 28 il s'agit de femmes. Ceci peut s'expliquer par l'existence plus commune chez la femme que chez l'homme, de l'ulcère rond, cause presque unique de la tumeur inflammatoire.

## CHAPITRE III

---

### SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Les tumeurs inflammatoires de l'estomac, avons nous dit, sont le plus souvent consécutives à un ulcère du même organe, rarement à la gastrite hypertrophique ou à la cholécystite calculieuse, il s'ensuit que l'aspect clinique de la maladie variera suivant qu'il s'agit de telle ou telle lésion primitive.

Avant d'être présenté au chirurgien pour des phénomènes de sténose et la tumeur épigastrique, le malade aura le plus souvent été soigné un temps assez long pour des symptômes gastriques ou hépatiques. Plus tard ce sont les signes de sténose qui dominent : douleur périodique paroxystique revenant quelques heures après le repas. Vomissement d'abord rare, puis de plus en plus fréquent et copieux à mesure que la dilatation de l'estomac augmente. Ensuite se montre la tumeur.

Celle-ci apparaissant avec les phénomènes de sténose donne la symptomatologie à peu près complète du cancer de l'estomac.

Ce qui frappe le plus dans toutes les observations que nous avons recueillies, c'est l'intolérance gastrique et

l'amaigrissement extrême. Les malades en arrivent à en peser que 37 kilos (Lejars), 33 kilos (Mauclore), et 31 kilos 1/2 (Eiselsberg) ; elles sont d'une faiblesse extrême « pouvant à peine faire quelques pas (Mauclore) « ni se tenir debout » (Schwartz) » n'ayant, dit le même auteur, que la peau et les os. Toutes ont des vomissements soit bilieux, soit alimentaires, se répétant 3 ou 4 fois par jour et même plus.

Outre ces signes constants si accusés : intolérance gastrique et amaigrissement rapide, on rencontre dans les tumeurs inflammatoires de l'estomac de la douleur épigastrique, des hématemises, parfois du mœlena et du dégoût des aliments, mais ces signes n'ont aucun caractère spécial.

La tumeur a presque toujours été constatée avant l'opération, et n'a pas peu contribué dans la plupart des cas à faire porter le diagnostic de néoplasme.

De volume variable, elle peut être grosse comme un marron (Czerny) une noix (Eiselsberg) une orange (Demoulin) un poing d'enfant (Lejars) ou d'adulte (Mauclore).

Cette tumeur est presque toujours mobile. Dans certains cas, elle l'était tellement, qu'elle semblait se promener du flanc droit au flanc gauche.

Son siège à peu près constant est la région pylorique. Dans aucune des observations il n'est signalé qu'elle fut accompagnée de ganglions soit sus-claviculaires, soit axillaires ; à peine note-t-on au cours de l'intervention quelques petits ganglions au voisinage de la tumeur et les observations en sont rares. Une seule fois existait un

épanchement ascitique assez considérable (6 litres 1/2) (Observation de Chaput) (1).

Dans deux observations seulement : observation Doyen (Obs. II) et observation Sorel (Obs. XXVII) la tumeur n'a pas été constatée avant l'opération.

Plusieurs observations notent une augmentation de l'acide chlorhydrique.

Il est regrettable que dans les énumérations des symptômes la plupart des auteurs passent sous silence les modifications apportées aux urines, seuls Terrier, Schwartz et Sorel notent une petite diminution de l'urée.

Nous parlons de lésion inflammatoire, de tumeur consécutive à un ulcère, à une gastrite, à une infection de voisinage, on peut donc s'attendre à une certaine lenteur dans l'affection qui nous occupe, et de fait il s'agit souvent de malades souffrant de l'estomac depuis de nombreuses années. Dans beaucoup d'observations, les antécédents gastriques ne sont pas rapportés assez minutieusement et les chirurgiens commencent seulement l'histoire de leur malade au moment de l'apparition de la tumeur. Il nous semble qu'il y a là un oubli regrettable.

Symptômes de sténose, tumeur de la région épigastrique, tels sont en somme les signes de la tumeur inflammatoire de l'estomac. Dans presque toutes les observations on porta le diagnostic de néoplasme et à priori l'erreur semble à peu près inévitable puisque l'intolérance gastrique et la présence d'une tumeur constituent avant tout l'aspect clinique du cancer du pylore. En

---

(1) Chaput In Thèse Marion observation XXII

analysant les symptômes de la sténose néoplasique et en les comparant à ceux des tumeurs inflammatoires dont nous citons les observations, on voit combien il est difficile de séparer en clinique les deux affections qui se traduisent déjà par deux symptômes communs : la tumeur et l'intolérance de l'estomac.

M. Marion dit, en parlant des adhérences antérieures qui accompagnent l'ulcère de l'estomac : « On les soupçonnera quand à des troubles dyspeptiques se joindra la constatation d'une tumeur très accessible et que dans les antécédents on retrouvera les symptômes de l'ulcère ». Les antécédents du sujet nous semblent bien devoir entrer en première ligne pour le diagnostic différentiel de la tumeur inflammatoire et du néoplasme de l'estomac.

L'ulcère calleux, la gastrite avec adhérence évoluent le plus souvent chez des personnes jeunes, tandis que le carcinome se rencontre surtout chez les sujets qui ont dépassé 40 ans. Ici pourtant, comme dans tous les organes, cette notion étiologique n'a qu'une valeur relative et les observations signalent plusieurs fois l'existence de ces tumeurs pyloriques reconnues inflammatoires au cours ou à la suite de l'intervention chez des malades dont l'âge pouvait faire penser précisément à un néoplasme : la femme opérée par Terrier avait 62 ans, celle dont parle Krogius était âgée de 51 ans, l'une des malades de Eiselsberg avait 50 ans.

La douleur, l'anorexie, les vomissements, les hématemèses, les mœlena, présentés souvent dans les traités classiques avec des caractères différents, suivant qu'ils appartiennent à l'ulcère ou au cancer de l'estomac, n'of-

frent en réalité, au point de vue clinique, que des données bien peu positives pour le diagnostic différentiel. Dans les observations de tumeur inflammatoire, l'anorexie est à peu près constante et les vomissements se trouvent si fréquents, que le sujet fut opéré le plus souvent pour intolérance gastrique. On pourrait admettre théoriquement que les vomissements incoercibles se rencontrent plutôt au cas d'une inflammation qui irrite les terminaisons nerveuses de l'estomac et détermine un spasme du pylore; mais tous les médecins connaissent aussi le squirrhe annulaire qui produit une occlusion complète du pylore et les vomissements qui l'accompagnent. Quant aux hématomésés, les auteurs ne précisent pas leurs caractères dans les cas de tumeurs inflammatoires et il serait bien difficile de fonder un diagnostic sur l'abondance, la couleur, la fréquence des hémorragies gastriques.

Pour différencier l'ulcère du cancer de l'estomac, on se base souvent sur l'état général du sujet. L'amaigrissement extrême, le teint jaune cachectique, la diminution de l'urée font penser au néoplasme. On conçoit facilement ici le peu de valeur de ces signes, puisque la tumeur inflammatoire du pylore, s'accompagnant le plus souvent de vomissements continuels, supprime toute alimentation, et amène rapidement, avec un amaigrissement extrême, un état cachectique très prononcé. La plupart des chirurgiens relatent dans leurs observations, que les malades furent opérés après avoir maigri considérablement. Nous relevons des poids de 37 kilogs (Lejars), 33 kilogs (Eiselsberg). Schwartz nous dit que sa malade, au moment de l'intervention, pesait 35 kilogs et n'avait que la peau

et les os. Ce qui prouve bien, du reste, l'état d' inanition des sujets, c'est la rapidité avec laquelle ils ont repris de l'embonpoint à la suite de l'opération. La malade de Sorel, un an après l'intervention, avait engraisé de 23 kilogs 800 ; celle de Schwartz passa de 35 kilogs à 60 kilogs ; celle de Lejars, de 37 kilogs à 55 kilogs ; celle de Eiselsberg, de 31 kil. 500 à 70 kilogs.

Nous avons déjà exprimé le regret que les chirurgiens n'aient pas insisté sur l'état des urines. On sait l'importance de l'examen des urines pour le diagnostic. Le rapport de l'acide phosphorique à l'urée, la quantité d'urée éliminée par jour, fournissent souvent le meilleur facteur pour le diagnostic différentiel entre une affection cancéreuse et une affection purement inflammatoire.

M. Dominique, pharmacien de l'hôpital Pasteur, dont l'expérience est si grande en chimie biologique, nous a souvent été d'un précieux secours dans ces cas et nous l'avons vu maintes fois, d'après les urines du sujet, se prononcer sur des diagnostics qu'il était impossible d'établir au point de vue clinique. Dans les cas d'affection gastrique, ces indications urinaires ne sauraient avoir la même importance. La sténose du pylore déterminant si rapidement un état cachectique, s'accompagne infailliblement d'un abaissement de l'urée. Cependant en l'absence d'une lésion cancéreuse, il serait intéressant de savoir si le taux de l'urée ne subit pas une diminution moins rapide.

Les trois observations qui relatent l'état des urines tendraient à faire adopter cette conclusion.

La malade du professeur Terrier « dont l'état général

paraît médiocre, qui est très amaigrie et faible, a des urines rares. » Elle présente 14 gr. 20 d'urée. Celle de M. Schwartz dont nous avons déjà signalé l'amaigrissement extrême offre seulement une diminution de l'urée. Celle de Sorel, très amaigrie, élimine encore 18 gr. d'urée par jour.

Chez les cancéreux, à côté de l'affaiblissement de l'état général, on rencontre le plus souvent des adénites dont l'existence offre une grande valeur pour le diagnostic. Tous les traités classiques signalent la présence fréquente des ganglions sus-claviculaires au cas de tumeur maligne de l'estomac. Dans les observations que nous avons recueillies de la tumeur inflammatoire, on ne trouve pas signalé d'adénites. Il est cependant possible de les rencontrer, puisque plusieurs fois les chirurgiens ont noté lors de la laparotomie, des ganglions au niveau de la grande ou de la petite courbure (Lejars, Fritzsche, Terrier). Du reste, dans le cancer même, les ganglions sus-claviculaires n'apparaissent qu'à une période avancée et ne peuvent fournir un appoint au diagnostic qu'à une étape tardive de l'évolution.

L'œdème des malléoles, la phlegmatia, la propagation au foie ou aux autres organes, sont des signes importants d'une affection cancéreuse, mais ne peuvent éclairer le diagnostic qu'à un moment où celui-ci a perdu beaucoup de son intérêt.

Au cas de lésion purement inflammatoire, la tuméfaction pourrait-elle, par certains caractères propres, aider au diagnostic? Marion dit à ce sujet : « La tumeur de l'estomac (c'est-à-dire le néoplasme) se sent moins bien

que les adhérences. D'autre part, on pourra les apprécier lorsque, par l'insufflation, l'estomac, au lieu de se dilater régulièrement se déformera plus ou moins.» Nous croyons qu'en clinique ce signe doit être bien précaire. Les chirurgiens n'ont jamais signalé de caractère spécial aux tumeurs que la laparotomie, l'examen microscopique, ou l'évolution de la maladie devaient montrer de nature inflammatoire. Dans presque tous les cas, il y a eu erreur de diagnostic et quand celui-ci put être établi ce ne fut jamais d'après l'apparence de la tumeur épigastrique.

Restent alors les recherches de laboratoire. En dehors du dosage de l'urée dont nous avons déjà parlé, l'étude de chimisme stomacal et la numération des globules blancs peuvent contribuer à établir un diagnostic probable. La plupart des observations notent une quantité exagérée d'acide chlorhydrique, ce qui était bien en faveur d'une maladie non cancéreuse de l'estomac. Dans aucun cas on ne signale le nombre des globules blancs.

Disons en somme que le diagnostic de la tumeur inflammatoire de l'estomac est bien difficile. L'insufflation, les études de laboratoire, et surtout dans certains cas, la durée de la maladie peuvent seulement faire songer à la nature non cancéreuse de l'affection; et une chose encore vient compliquer la situation et rendre impossible le diagnostic absolu: c'est la coïncidence assez fréquente de l'ulcère et du cancer de l'estomac. Lebert admet que sur 100 cancers de l'estomac, 9 sont précédés de l'ulcère. Sonicksen trouve sur 156 cas de cancer de l'estomac, l'ulcère précédant le cancer 14 fois sur 100. Letulle (1)

---

(1) Letulle, — *Presse médicale* 1896, n° 57.

Mathieu (1), Tournier (2) ont montré le tableau clinique du carcinome consécutif à l'ulcère et Berrier (3) dans sa thèse a fait ressortir les difficultés de diagnostic qui peuvent résulter de cette coïncidence.

Tels sont les enseignements cliniques et diagnostiques que l'on peut obtenir, et on voit avec quelles difficultés, sur l'existence des tumeurs inflammatoires de l'estomac. Nous pouvons donc penser que si leur existence même est difficile à prouver, leur évolution sera encore bien plus obscure. Les unes peuvent rester stables, ne donner lieu à aucun trouble et être considérées comme un mode de guérison presque parfait de l'ulcère. La plupart, au contraire, donnent lieu à des troubles gastriques divers dûs probablement autant à l'ulcère et à l'infection qui les ont causés et qui continuent d'évoluer, qu'à la tumeur elle-même.

Ces tumeurs sont sujettes aux complications des maladies qui leur ont donné naissance, c'est-à-dire à la perforation et à l'hémorrhagie. Cependant, le plus souvent, les chirurgiens sont intervenus auparavant pour combattre d'urgence l'intolérance gastrique.

---

(1) Mathieu. — *Soc. méd. des hôpitaux*, juillet 1897.

(2) Tournier. — *Lyon médical* 1897.

(3) Berrier. — *Thèse* Paris 1902.

## TRAITEMENT

---

### I. — Indications opératoires

Nous avons vu combien il est difficile de poser le diagnostic de tumeur inflammatoire de l'estomac. Le plus souvent, c'est au cours d'une intervention pour néoplasme malin que la nature purement inflammatoire de la lésion du pylore a pu être reconnue. Dans quelques observations même, comme celles de Sorel et de Montprofit, la gastro-entérostomie fut pratiquée comme pour un cancer de l'estomac et ce furent seulement la longue survie et l'état parfait des opérés ou l'examen microscopique qui firent corriger le diagnostic. De même, Doyen reconnut seulement par l'examen microscopique qu'un pylore réséqué pour tumeur maligne était seulement atteint d'ulcère calleux.

Il peut donc paraître uniquement théorique de chercher à fixer le traitement de la tumeur inflammatoire du pylore, puisque celle-ci n'est presque toujours qu'une surprise au cours de l'intervention ou après l'opération elle-même. Mais en étudiant la thérapeutique chirurgicale proposée aux affections gastriques, on remarque facilement que les diverses interventions sont

dirigées moins contre les lésions stomacales elles-mêmes que contre les symptômes graves auxquelles elles donnent lieu. « On doit faire un traitement de symptômes et non une thérapeutique de maladie » (Marion). Non pas que le chirurgien ne veuille pas se préoccuper de poser un diagnostic d'après l'examen minutieux du malade mais parce que des affections absolument différentes dans leur nature intime peuvent déterminer des phénomènes semblables contre lesquels le chirurgien est appelé à agir. Comme le dit Marion : « D'abord les indications de l'intervention sont à peu près les mêmes pour toutes les affections qui peuvent prêter à confusion, et si la conduite opératoire varie, l'indication d'aller voir ce qu'il y a reste la même. Le malade n'aura qu'à gagner à une erreur de diagnostic qui aura décidé de la laparotomie, et de ce qu'on lui aura ouvert le ventre pour un cancer alors qu'il s'agit d'adhérences, ou inversement, ou même alors qu'il n'y a rien de chirurgical, il n'en résultera pas grand dommage pour lui. Nous dirons même qu'il peut en résulter des avantages. Ne voyons-nous pas M. E. Lambotte intervenir chez un homme de 40 ans qui présentait au complet, et depuis deux ans, tous les symptômes de l'ulcère rond : Les douleurs étaient particulièrement vives et fréquentes, elles revenaient par accès prolongés. Depuis plusieurs mois, le malade ne pouvait plus se livrer au travail. Des gastrorhagies s'étaient montrées à diverses reprises. L'estomac fut incisé, retourné comme un bonnet, exploré au moyen du doigt jusqu'à la troisième portion du duodénum d'une part, jusqu'à l'extrémité inférieure de l'œsophage d'autre

part. Il n'y avait pas d'ulcère, la muqueuse semblait parfaitement saine dans toute son étendue.

Le malade guérit non seulement de l'opération, mais fut débarrassé de ses douleurs... D'autre part, les lésions se combinent dans trop de circonstances pour aboutir à la production des mêmes symptômes, pour que, cliniquement, il soit nécessaire d'affirmer telle ou telle lésion alors que, pièces en main, ce ne serait pas toujours facile... Disons enfin, que la nature de l'intervention est à peu près la même, quelle que soit la lésion et que la distinction n'est plus que satisfaction de clinicien. »

La tumeur inflammatoire de l'estomac étant plutôt la manifestation d'une lésion primitive qu'une affection spéciale, son traitement ne saurait être autre que celui de l'ulcère, de la gastrite ou de la périgastrite. En fait, les chirurgiens, dans les observations que nous avons étudiées, sont presque toujours intervenus pour de l'intolérance gastrique, c'est-à-dire pour un symptôme de sténose pylorique. On peut dire, du reste, que l'intolérance est le phénomène qui domine la thérapeutique chirurgicale de l'estomac et il est légitime de classer l'intervention, au cas de vomissements continuels, parmi les opérations d'urgence.

Mais, soit que la sténose soit moins complète, soit que le spasme consécutif à l'ulcère soit moins violent, il peut se faire que l'estomac ne présente qu'une intolérance relative et que la tumeur n'arrive que lentement à cachectiser le malade. Quelle sera dans ce cas, la conduite du chirurgien ? Nous admettons, bien entendu, que le sujet

n'est pas arrivé à un point de dépérissement qui contre-indique une intervention.

Si on hésite entre une tumeur inflammatoire et un néoplasme, la première hypothèse doit élargir les indications opératoires, l'abstention pouvant avoir des conséquences déplorables dans ce cas, tandis que l'intervention ne peut guère être nocive si elle montre la présence d'un cancer. Pour le chirurgien qui espère rencontrer une tumeur inflammatoire, quelles sont donc les indications opératoires ?

Elles peuvent se résumer en une phrase de Doyen : « Quels que soient les symptômes observés, l'aggravation de l'état général et l'inefficacité de toute thérapeutique médicale sont les indications les plus impérieuses » (Doyen, *Traitement chirurgical des maladies de l'estomac*, page 218).

En l'absence de symptômes d'intolérance gastrique ou d'hémathémèse grave, le traitement médical conserve d'abord tous ses droits. C'est seulement après la constatation de son impuissance que l'affection devient du domaine chirurgical. Brinton dit que l'ulcère de l'estomac traité médicalement, donne 50 o/o de décès. Cette proportion de mortalité est certainement très exagérée. Lebert trouve qu'on meurt dans 8 o/o des cas. La statistique du docteur Robin, rapportée par Marion, donne une mortalité de 12 o/o. Les traités classiques s'accordent à dire que l'ulcère de l'estomac guérit dans les deux tiers des cas. Il nous paraît difficile d'établir une statistique comparée à peu près exacte. A côté des ulcères qui guérissent spontanément ou par un régime de quelques semaines ou de

quelques mois, il en est qui ne guérissent pas et conduisent le malade à la cachexie par intolérance gastrique, ou aux complications graves de l'hémorrhagie abondante et de la perforation. Mais ces symptômes ne se révèlent pas toujours immédiatement et souvent c'est seulement après une guérison apparente de la maladie de Cruveilhier que des phénomènes de dyspepsie, suivis de vomissements constants ou d'hémorrhagies répétées, indiquent la récurrence de l'ulcère de l'estomac. Alors, vraiment, la maladie doit solliciter le secours de la chirurgie. Comme le dit Marion : « L'intervention est indiquée chaque fois qu'un ulcère, soumis à un régime bien compris et bien suivi, n'est pas amélioré notablement dans un espace de six mois : elle est indiquée quand l'ulcère, par sa récurrence, se manifeste comme devant être rebelle au traitement, à plus forte raison quand il s'agit d'ulcère datant de plusieurs années que n'améliorent que passagèrement ou même pas du tout, les traitements variés qu'on aura pu lui faire subir. Ces indications sont d'autant plus formelles qu'il s'agit d'un malade que sa position oblige à travailler et, par conséquent, empêche de se soumettre à une médication rigoureuse et longtemps prolongée. »

Au Congrès de chirurgie allemande de 1898, la distinction est très nettement établie entre l'ulcère libre et l'ulcère adhérent au point de vue des indications opératoires. Mickulicz admet la légitimité du traitement radical de l'ulcère dans le premier cas et Doyen montre quatre résultats favorables ; dans le second cas Mickulicz juge imprudent d'intervenir, à moins de complications compromettant immédiatement la vie.

Lerche, sur une statistique comprenant 196 hommes et 360 femmes admet 74 o/o de guérisons d'ulcères de l'estomac par le seul traitement médical. Il se montre très peu interventionniste, même dans le cas d'adhérences «La périgastrite avec adhérences de l'estomac aux organes voisins et avec abcès péritonéaux n'est que rarement une indication opératoire, car le diagnostic en est très délicat et les phénomènes douloureux disparaissent souvent par le seul traitement médical. Il ne faut intervenir que si les adhésions forment une tumeur appréciable (qu'on prend alors habituellement pour un cancer) ou lorsqu'on peut diagnostiquer avec certitude une collection purulente, localisée sous le diaphragme ou ailleurs». Lerche est donc partisan de l'intervention au cas où les adhérences sont assez développées pour former tumeur. De grosses adhérences peuvent en effet déterminer des coudures, des compressions qui s'ajoutent aux symptômes causés par l'ulcère de l'estomac. Mais on peut se demander pourquoi les chirurgiens allemands établissent cette distinction au point de vue du traitement chirurgical entre l'ulcère sans adhérences et l'ulcère adhérent. Rémon a montré le danger qu'il peut y avoir à rompre les adhérences au cours des manœuvres opératoires et, si le chirurgien veut éviter le risque de la perforation, la difficulté de rapprocher les viscères fera substituer une intervention médiocre à une intervention idéale.

Cependant Marion est partisan d'intervenir au cas d'adhérences périgastriques et il cite onze observations sans un cas de mort.

## II. — Choix de l'Intervention

---

L'opération pour tumeur inflammatoire sera différente suivant que la laparotomie révélera soit un ulcère calleux ou une hypertrophie des parois gastriques sans adhérences, soit une tuméfaction périgastrique formée par des adhérences.

4). Contre l'ulcère simple de l'estomac trois opérations peuvent être pratiquées : la pylorectomie, la pyloroplastie, la gastro-entérostomie.

La pylorectomie typique a été pratiquée dans plusieurs cas. En Allemagne on s'est contenté souvent d'une résection atypique de l'estomac. Les résultats de l'une et de l'autre ne sont pas encourageants. Dans un cas, Doyen a eu une mort et la statistique de Eiselsberg qui pratiqua un certain nombre d'extirpations d'ulcères avec suture directe des lèvres de l'excision donne une mortalité vraiment élevée. La pylorectomie est toujours une opération grave qui donne du choc, expose sérieusement à l'infection et reste pour tout chirurgien d'une exécution difficile. Dans le cas de tumeur inflammatoire la crainte d'avoir affaire à un néoplasme malin a déterminé le chirurgien à l'ablation du pylore, mais même en face

d'un cancer de l'estomac la supériorité de la pylorectomie sur la gastro-entérostomie est loin d'être démontrée.

La pylorectomie est toujours une opération plus grave et qui reste, quoi qu'on fasse, une intervention palliative pour le cancer.

Rarement les chirurgiens pratiquent la pyloroplastie. Elle a donné fréquemment des récidives et si nous tenons compte du peu de solidité des points de suture au sein de tissus enflammés, nous comprendrons qu'elle soit à peu près abandonnée. L'opération d'Heinecke-Mikulicz est surtout peu recommandable au cas de tumeur inflammatoire où elle serait une intervention aveugle et difficile.

En parcourant les observations que nous avons recueillies, il est aisé de voir que la gastro-entérostomie a occasionné peu de décès et donne des résultats brillants. C'est une opération qui gagne chaque jour du terrain. D'une exécution relativement facile elle est à la portée de tout chirurgien aseptique, ne produit presque aucun choc et réalise les conditions exigées pour parer aux complications de l'ulcère et en amener la guérison par le repos absolu qu'elle procure au pylore. Après la gastro-entérostomie les vomissements s'arrêtent le plus souvent immédiatement, l'alimentation du malade devient possible et nos observations nous montrent le retour rapide à la santé et le bon fonctionnement persistant de l'estomac. Dans la plupart des cas, la tumeur inflammatoire elle-même a disparu et nous pouvons expliquer le fait par la cessation de toute irritation de la partie malade.

B). Le plus souvent la tumeur inflammatoire est formée surtout par les adhérences qui témoignent d'une

réaction péritonéale autour d'un ulcère de l'estomac, d'une gastrite ou d'une infection d'un organe voisin. Le ventre ouvert, le chirurgien a le choix entre les opérations suivantes qui, toutes trois, ont été pratiquées : libération des adhérences, résection de l'estomac, gastro-entérostomie.

La guérison a suivi parfois la simple rupture des adhérences. Dans d'autres cas, les chirurgiens ont joint à la libération des adhérences le rapprochement par quelques points de suture des surfaces cruentées. Marion a réuni onze cas dans lesquels on est intervenu seulement par cette manœuvre. Il n'y a pas eu de décès opératoire et les résultats thérapeutiques ont été les suivants : « Ils ont été excellents sauf dans deux cas, ceux de Loreta et Jaboulay. La malade opérée par Loreta, après avoir eu une période de bien-être après l'opération, fut reprise quelques temps après de nouveaux troubles. Le malade de Jaboulay fut en partie amélioré mais il n'y eut pas disparition totale des troubles qui avaient poussé à l'opération. Tous les autres opérés furent soulagés immédiatement. »

Pour éviter que les adhérences détruites ne se reforment, Marion préconise, à la suite de Bouquet de Jolivière, la péritonisation des surfaces cruentées et ce conseil paraît très logique. Les résultats obtenus et la bénignité de l'intervention recommandent cette libération simple des adhérences quand celles-ci sont faciles à rompre et peu étendues. Notons que Schwartz a proposé de rompre les adhérences par l'insufflation répétée. Au cas d'adhérences épaisses, on conçoit que les manœuvres de libération

soient dangereuses et parfois impossibles. Elle peuvent alors faire complètement corps avec l'estomac et au lieu de s'acharner à une séparation pénible et périlleuse il sera peut-être préférable d'extirper la partie de l'organe si fortement enclavée. La résection serait alors une opération moins grave que la libération des adhérences. Mais ici comme en face de l'ulcère calleux sans adhérences la pylorectomie reste une intervention très sérieuse qui expose à l'infection et conduit à des manœuvres opératoires longues, à des sutures souvent difficiles dans de mauvais tissus.

Aussi serions-nous disposé, dans tous ces cas où les adhérences sont épaisses et étendues, à donner la préférence à la gastro-entérostomie. Celle-ci se pratique à distance de la partie malade, peut se faire assez rapidement et reste toujours une opération bien réglée. Ses résultats sont très encourageants. Nous les avons déjà plusieurs fois signalés au cours de ce travail.

En somme, à part quelques cas qui peuvent bénéficier d'une opération encore plus bénigne, comme la pyloroplastie ou la simple libération des adhérences, nous pensons que la gastro-entérostomie reste l'intervention de choix dans les tumeurs inflammatoires. Elle est suffisante puisqu'elle permet le passage des matières alimentaires et le repos du pylore ; elle est moins laborieuse et moins grave que les autres opérations proposées. Le procédé variera suivant les circonstances et suivant les préférences du chirurgien. Nous croyons que, quand il est possible, le procédé postérieur en Y de Roux (de Lausanne) est celui qui offre le plus de garantie. Il a l'inconvénient

quelquefois considérable chez des malades presque cachectiques d'être plus long que les procédés de Wœlfer ou de Von Hacker, mais si on croit le sujet capable de supporter une narcose d'une heure ou une heure un quart, le procédé de Roux nous semble préférable pour une opération qui doit rester une cure radicale et assurer une bouche intestinale parfaite.

Nous voulons mettre encore une fois en évidence quelques-uns des résultats obtenus par l'intervention.

Malade de Walther. Libération incomplète d'adhérences. L'opérée prend 21 kilog. en six mois.

Malade de Sorel. Gastro-entérostomie en Y. L'opérée prend 23 kilog. 800 en un an.

Malade de Lejars. Pylorectomie. L'opérée prend 18 kilog. en quatre mois.

Malade de Mauclaire. Gastro-entérostomie. L'opérée prend 9 kilog. en quatre semaines.

Malade de Eiselsberg. Résection de l'ulcère. L'opérée prend 38 kilog. 500.

Malade de Schwartz. Gastro-entérostomie. L'opérée prend 15 kilog. en cinq mois.

## OBSERVATION I

Terrier. — Bulletin de la Société de chirurgie. 1894. P. 424.

*Néoplasme inflammatoire de la petite courbure de l'estomac adhérent au lobe gauche du foie et de la paroi abdominale antérieure, pris pour un carcinome. Laparotomie exploratrice, palliatrice. Guérison opératoire, puis guérison définitive de la malade.*

R... Zoé, blanchisseuse, 62 ans, entre dans mon service de Bichat, le 20 février 1893, pour y être traitée de troubles gastriques qu'on suppose être dûs à une néoformation stomacale.

Depuis cinq mois, la malade ressent au niveau de l'épigastre une sorte de tension, plutôt que de la douleur véritable. Les digestions sont un peu pénibles, toutefois, l'appétit est un peu conservé et il n'y a pas de vomissements : cependant, depuis quelque temps, la malade maigrit et s'affaiblit.

Elle aurait rendu du sang noirâtre mêlé aux selles. Cette femme est bossue et rachitique ; son état général paraît médiocre, elle est très amaigrie et faible. Son poids est de 40 kil. (27 février 1893). Les urines rares (850 gr. pour 24 heures) renferment 14 gr. 20 d'urée.

Par le palper abdominal, on perçoit immédiatement au-dessous du rebord costal gauche, un peu à gauche de l'épigastre, une tumeur dure, arrondie, étalée, du volume d'un gros œuf et qui semble légèrement mobile. L'exploration de cette tumeur ne détermine que fort peu de douleur.

L'estomac ne paraît pas très dilaté ; il n'est pas douloureux à la palpation.

S'appuyant sur l'âge de la malade, sur l'existence de quelques troubles gastriques, sur l'amaigrissement notable avec diminution des forces, enfin tenant surtout compte de la tumeur épigastrique, on formule le diagnostic de néoplasme stomacal occupant probablement la face antérieure ou la petite courbure de l'organe, d'où absence de vomissements, et la conservation relative de l'appétit. La laparotomie est décidée.

Opération le 11 mars 1893, avec l'aide de mon collègue et assistant le Dr H. Hartmann. — Incision médiane sus-ombilicale ouvrant l'abdomen immédiatement à gauche du ligament suspenseur du foie : cet organe occupe la partie supérieure de l'incision abdominale. Il adhère ainsi que l'estomac à la face profonde de la paroi abdominale antérieure, à gauche de l'incision. Après le décollement de ces adhérences avec le doigt, on peut amener dans la plaie, l'estomac dilaté et qui, au voisinage de la petite courbure, est fusionné avec le lobe gauche du foie. En ce point, la paroi stomacale est manifestement infiltrée par un néoplasme. A l'aide du bistouri, on sectionne un tissu dur, grisâtre, non vasculaire, qui s'étend d'un point de la petite courbure peu éloigné du cardia au bord du lobe gauche du foie et à la paroi abdominale antérieure où les adhérences étaient déjà détruites avec le doigt. La surface de section ainsi faite a environ les dimensions d'un pouce d'adulte.

Comme on constate l'existence de ganglions le long de la grande courbure, ganglions ayant les dimensions d'une noisette, on s'en tient à cette libération de l'estomac et on ferme l'abdomen par une suture à trois étages ; suture au fil de soie pour le péritoine et les aponévroses, suture au crin de Florence pour les téguments.

Toutefois avant de refermer l'abdomen et après libération du foie, je sectionnai sur la partie de la néoformation, en continuité avec l'estomac, une petite tranche de tissu pour le faire examiner histologiquement.

Les suites opératoires furent des plus simples, le maximum

de la température fut 37° 3. L'ablation des fils à suture cutanés (crin de Florence), fut faite le 9<sup>e</sup> jour.

Au troisième pansement, c'est-à-dire le 20<sup>e</sup> jour environ, tout était absolument terminé.

La malade sortit de l'hôpital le 48<sup>e</sup> jour.

Lors de sa sortie, elle souffrait encore au niveau de l'hypocondre gauche et ces douleurs ont persisté, dit-elle, pendant près de six mois. Ces douleurs apparaissaient vers onze heures du matin et cessaient le soir ; en même temps se produisaient des vomissements aqueux. Appétit toujours diminué avec dégoût du vin et de la viande.

Puis peu à peu ces accidents disparurent et actuellement (3 mars 1894) la malade ne souffre plus, mange et digère bien et, sauf quelques troubles intestinaux de diarrhée, elle se porte bien et pèse 45 kilogrammes.

La cicatrice longue de 8 centimètres s'étend de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. A ce niveau on ne constate ni éventration ni induration, pas de douleurs abdominales, pas de tuméfaction profonde, appréciable.

**Remarques.** — Comme on peut le remarquer de suite, l'état actuel de notre opérée n'est nullement l'état d'une femme atteinte d'une lésion organique de l'estomac. Ceci s'explique, en effet, par le résultat de l'examen histologique du fragment de tumeur que j'ai incisé. Celui-ci est formé exclusivement par des tissus fibreux et ne contient pas de traces de néoplasme épithélial, ainsi que l'a constaté M. le Dr Morax, alors mon interne.

Il ne s'agissait donc pas d'un néoplasme malin de l'estomac, mais bien d'un néoplasme inflammatoire.

Quelle pouvait être l'origine de cette tumeur inflammatoire ? La chose est assez difficile à résoudre, toutefois on peut penser à la pathogénie suivante.

Ulçère de l'estomac siégeant vers la petite courbure et ayant, par suite de poussée péritonique, donné naissance à des adh-

rences multiples à la paroi abdominale antérieure et au lobe gauche du foie. Ces adhérences ont déterminé ces masses dures prises pour une néoformation épithéliale. Puis l'ulcère a guéri et, probablement par suite de la libération opératoire du foie et de l'estomac, les fonctions se sont rétablies peu à peu à l'état normal.

## OBSERVATION II

Dr Doyen. Traitement chirurgical des maladies de l'estomac  
obs. II, page 332.

Homme 40 ans. Ulcère calleux du pylore et du duodénum. Sténose consécutive.

Début à l'âge de 18 ans. Hématémèse à 22 ans. Depuis cette époque, tous les symptômes de l'ulcère rond. Plusieurs hématémèses presque mortelles. Régime lacté permanent; signes de sténose pylorique progressive. Le malade vient d'avoir une nouvelle hématémèse très copieuse et souffre de douleurs violentes. Faiblesse extrême.

Laparotomie. Le pylore et la première portion du duodénum sont transformés en une énorme masse calleuse, adhérente aux organes, voisins. Le rétrécissement a 8 centimètres de long. La première anse du jejunum est herniée au travers d'une boutonnière du méso-côlon transverse et nous pratiquons la gastro-entérostomie à la face postérieure de l'estomac, près de la grande courbure. Les sutures terminées, le jejunum est attiré au-dessous du méso-côlon, et le pourtour de l'orifice gastrique fixé aux lèvres de la boutonnière mésentérique.

Guérison; les douleurs ont disparu depuis l'opération. Le malade mange comme tout le monde, a repris ses forces et n'a plus d'hématémèses (1892).

### OBSERVATION III

Ulcère calleux pris pour un cancer du pylore. Pylorectomie et gastro-entéro-anastomose. Mort.

Dr Doyen. — Traitement chirurgical des affections de l'estomac et du duodénum, page 343.

Tumeur mobile du pylore. Ectasie gastrique.

Vomissements journaliers. Amaigrissement extrême.

Syncopes fréquentes. Délire cachectique.

Diagnostic : cancer du pylore.

Laparotomie. La tumeur est isolée aisément.

Fermeture du duodénum, de l'estomac et gastro-entérostomie antérieure. A l'examen de la pièce, aucune trace de dégénérescence cancéreuse. Il s'agissait d'un énorme ulcère.

Affaiblissement progressif.

Mort au bout de 48 heures.

### OBSERVATION IV

Doyen. Traitement chirurgical des maladies de l'estomac, obs. 101, page 342.

Femme de 52 ans. Il y a 4 ans, coliques hépatiques graves. Refuse la cholécystotomie. Depuis quelques mois, vomissements alimentaires répétés. Elle vient de rendre des aliments ingérés il y a un mois. Amaigrissement rapide. Présence fréquente de bile dans les vomissements ; hyperacidité gastrique.

Diagnostic : sténose pylorique inflammatoire consécutive aux attaques antérieures de cholécystite. Le diagnostic a été confirmé par l'examen des pièces.

Laparotomie. Nombreuses adhérences du pylore au fond de la vésicule qui font corps avec la première partie du duodé-

num. Il paraît exister encore des calculs au centre de cette masse indurée. L'isolement en est impossible. Nous sommes forcés de fermer en cul-de-sac l'estomac et le duodénum et de faire la gastro-entérostomie antérieure.

Mort au bout de 28 heures. Cholécystite suppurée. Vésicule fistuleuse dans la première portion du duodénum. Deux calculs retenus dans une loge supérieure. Vaste abcès sous-muqueux du duodénum. Infection hépatique.

#### OBSERVATION V

Dayot. Société de chirurgie. séance du 30 octobre 1895.  
Bull., page 633.

Il s'agit d'une femme de 30 ans en proie à des vomissements, chez laquelle on trouve, dans la région épigastrique, une grosse tumeur du volume du poing. On porte le diagnostic de néoplasme ayant entraîné le rétrécissement du pylore et une dilatation de l'estomac. La laparotomie montre un estomac très dilaté, avec quelques adhérences qui réunissent la petite courbure au foie. Les adhérences détruites, l'estomac attiré au dehors de l'abdomen, on constate : « que ce néoplasme occupe la face postérieure du pylore, la face postérieure de l'estomac, de la petite courbure à la grande courbure, dans le voisinage de la région pylorique, et forme une masse très volumineuse, dure, uniforme, parcourue par de gros vaisseaux sur la face antérieure de l'estomac ; il n'y a pas d'infiltration néoplasique. Le pylore est perméable. Le ventre est refermé sans qu'on touche à l'estomac. Cinq semaines après l'intervention, la malade quitte l'hôpital très améliorée ; 5 mois après, la tumeur diminue ; 17 mois après l'opération, l'examen le plus minutieux ne révèle aucune trace de tumeur.

## OBSERVATION VI

Montprofit. Thèse Mongour, Paris, 1857

### Observation XII. Thèse Marchais

Femme de 58 ans avec coliques hépatiques nettes et ictère, signes très nets de sténose pylorique et tumeur épigastrique.

La laparotomie montre : une dilatation énorme de l'estomac, une adhérence solide du pylore à la face inférieure du foie, la vésicule biliaire est introuvable, elle est engloutie avec le pylore et l'extrémité supérieure du duodénum dans un tissu induré formant une masse considérable qui justifie bien la sensation de tumeur perçue avant l'intervention. Pas d'autre intervention que la laparotomie, le malade meurt au bout de 48 heures. A l'autopsie il y a de telles adhérences entre la vésicule et la région pylorique de l'estomac, qu'il est bien difficile de disséquer les différents organes, pour se rendre compte de leurs rapports.

Il y avait un calcul dans la vésicule biliaire épaissie, d'où partait un trajet fistuleux qui aboutissait à l'estomac ; celui-ci contenait aussi un gros calcul enchâssé dans la muqueuse du pylore.

## OBSERVATION VII

Par le docteur Chaput, chirurgien des Hôpitaux

*Bull. de Société Anat.*, 1894. P. 914

*Ulcère de l'estomac pris pour un cancer et guéri par le chlorate de soude. Retour des accidents. Dilatation stomacale. Troubles digestifs graves. Gastro-entérostomie. Mort. Un éperon s'est formé sur l'intestin et a empêché le passage des aliments. Dilatation considérable du duodénum.*

Charles R..., âgé de 49 ans : ne présente pas d'antécédents

héréditaires ; son père et sa mère sont en bonne santé, une sœur est bien portante.

Il a eu la variole à 5 ans ; une fluxion de poitrine à 16 ans.

Son affection stomacale a débuté en 1875 et a duré 6 mois ; au bout de ce temps, il a eu une rémission qui a duré jusqu'en 1890. Les accidents ont alors reparu sans discontinuité jusqu'à l'heure actuelle :

Le début a été caractérisé par des douleurs siégeant à la région épigastrique et dans le dos, surtout à l'épaule droite. Ces douleurs étaient très violentes et continuelles. Elles survenaient après ou pendant les repas, quelquefois aussi pendant la nuit.

Les vomissements étaient alimentaires et aqueux, mais les aliments n'étaient point modifiés. Le malade ne se souvient pas d'avoir eu des vomissements noirâtres. Les selles étaient irrégulières avec une forte constipation ; elles étaient espacées tous les quatre ou cinq jours, en forme de boules, mais jamais noirâtres comme les méléna.

Il existait aussi tout un ensemble de troubles simplement dyspeptiques ; après les repas survenaient des tiraillements d'estomac, des éructations gazeuses, tantôt acides, tantôt rappelant l'odeur d'œufs pourris, il y avait aussi un ballonnement considérable de l'estomac.

Néanmoins l'appétit était conservé et il n'y avait aucun dégoût de la viande, ni des aliments gras.

L'amaigrissement faisait de rapides progrès ; le malade s'affaiblissait et prenait une teinte jaune paille très apparente sur la peau et sur la conjonctive.

Cette première période dura six mois, pendant lesquels le malade fut soigné en province ; puis il y eut une rémission progressive des symptômes qui s'atténuèrent jusqu'en 1890.

La rechute fut signalée par l'apparition des douleurs épigastriques et à l'épaule produisant la sensation d'embrochement ; les vomissements étaient plus fréquents qu'au début

mais toujours uniquement alimentaires, sans coloration noirâtre. La constipation était aussi rebelle; les éructations plus fortes et plus fréquentes. La teinte jaune apparut de nouveau.

De 134 livres, le poids du malade tomba à 104. Il survint de l'œdème aux pieds et aux jambes, surtout le soir, quand le malade était fatigué.

Jamais de fièvre. L'appétit était cependant conservé même pour la graisse et la viande.

Il entra à Saint-Antoine le 18 novembre 1892: on constata les symptômes précédents et en plus, une tumeur épigastrique avec ascite pour laquelle on fit une ponction qui retira six litres et demi de liquide. M. Brissaud porta alors le diagnostic de cancer stomacal, soumit le malade au traitement par le chlorate de soude, l'amélioration fut telle que l'observation fut publiée, comme exemple de guérison du cancer de l'estomac, par le chlorate de soude. Plusieurs mois après, M. Delpeuch ayant été appelé à diriger le service de Saint-Antoine, fit faire l'examen du suc gastrique; on trouva de l'hyperchlorydrie et on posa le diagnostic d'ulcère de l'estomac.

Depuis ce moment, le malade traversa des alternatives de mieux et de pire. Il finit par entrer à la Salpêtrière, le 3 décembre 1894.

A l'entrée, le malade accusait les symptômes suivants: douleurs très violentes et continues à l'épigastre et dans l'épaule droite. Pour les atténuer, le malade est obligé de se courber dans le décubitus latéral.

Les vomissements sont plus fréquents, 7 à 8 par jour; ils viennent indifféremment à toute heure de la journée. Les aliments sont rendus intacts et sans coloration noirâtre. Constipation. L'œdème et la teinte jaune ont disparu, mais la peau est pâle et un peu bouffie. Les renvois sont plus fréquents et les phénomènes dyspeptiques plus accusés, le sommeil mauvais.

L'appétit est conservé, il n'y a pas de fièvre. Le malade a

un aspect cachectique assez prononcé ; la faiblesse est très grande, le poids du malade est de 112 livres.

L'estomac est très tendu par les gaz, il est le siège d'un tympanisme qui s'étend jusqu'au-dessous de l'ombilic. La percussion est très douloureuse. On obtient facilement le clapotement.

Au-dessus de l'ombilic, on constate la présence d'une tumeur large comme la main, mal limitée, diffuse, non mobile, sonore à la percussion, qui paraît siéger dans la paroi stomacale postérieure.

Le foie est gros et déborde les fausses-côtes de deux travers de doigt.

L'appareil pulmonaire est intact ; pas d'antécédents bacillaires.

Opération le 5 décembre. Laparotomie médiane.

Je constate immédiatement que tout le bord supérieur de l'estomac est fixé au foie par de fortes adhérences. Une énorme tumeur paraît siéger dans la paroi stomacale postérieure.

J'effondre le grand épiploon entre l'estomac et le colon transverse ; même manœuvre sur le méso-colon transverse.

Je cherche, je trouve et j'attire en haut la première anse jéjunale.

J'incise l'intestin entre deux compresseurs et j'en fais l'hémostase avec mes pinces en cœur ; même manœuvre sur l'estomac qui est ouvert au niveau de sa face postérieure. Cet organe est vidé à l'aide d'une grosse seringue de Guyon, munie d'un gros tube de caoutchouc. Il contenait deux ou trois litres d'un liquide noir, contenant en suspension des grains analogues à du marc de café.

J'essaie d'abord de placer un bouton analogue à celui de Murphy. Mais cet instrument présentait quelques défauts de construction, j'y renonce et j'exécute simplement la gastro-entérostomie avec un double étage de sutures (un étage séro-séreux et un étage perforant muco-muqueux). L'orifice mesure 4 à 5 centimètres de longueur environ.

J'entoure ensuite les sutures d'un collier de gaze iodoformée, et enfin, je fixe par des sutures les fragments d'épiploon adhérents à l'estomac ; je fixe, dis-je, ces fragments à l'intestin grêle.

Explorant de nouveau par le palper l'estomac, je cherche à me mieux rendre compte de la tuméfaction perçue au début de l'opération. Je constate l'existence d'une masse énorme, du volume des deux poings environ, siégeant à la paroi postérieure de l'estomac. Pour avoir un diagnostic exact, je fais à la paroi stomacale antérieure une incision de 3 centimètres, par laquelle j'introduis le doigt dans l'estomac. Je trouve alors que la paroi stomacale postérieure est soulevée par une masse énorme située au devant de la colonne. Je trouve aussi un orifice du volume d'une pièce de 5 francs, qui conduit dans une cavité ayant à peu près les dimensions d'une mandarine, cavité qui paraît creusée dans l'épaisseur du pancréas. L'orifice pylorique siège à la partie la plus élevée de l'estomac, il regarde directement en arrière ; il admet à peine l'index, et est limité par une sorte de diaphragme d'instrument d'optique.

L'incision stomacale est fermée par un triple étage de sutures. L'opération ayant duré très longtemps, je ne jugeai pas à propos de faire une jeuno-jeunostomie avec ligature à la gaze iodoformée sur le bout supérieur entre les deux anastomoses (gastrique et jeuno-jeunale).

Suture de la paroi abdominale à trois étages. Les deux premiers jours, le malade alla fort bien. Le 7 décembre, il présenta des vomissements noirâtres non bilieux ; je supprimai toute alimentation buccale et j'ordonnai pour chaque jour trois lavements alimentaires et trois lavements d'eau bouillie.

Le malade mourut le 8 décembre au matin.

Je pratiquai moi-même l'autopsie. L'estomac considérablement distendu par les gaz, descendait jusqu'au pubis. Le péritoine était parfaitement normal sans la moindre trace d'injection ni d'épanchement.

Je constate alors que les deux bouts d'intestin au niveau de

l'anastomose sont accolés en canons de fusil sur une hauteur de 3 à 5 centimètres. En examinant les choses par l'intérieur de l'estomac, je constate l'existence d'un éperon sur l'intestin, séparant l'orifice des bouts supérieurs et inférieurs.

L'orifice du bout supérieur est plus large que l'autre, et le bout supérieur ainsi que le duodénum sont très délicats.

Les sutures sont parfaitement suffisantes.

Je constate à nouveau l'état du pylore, la perforation stomacale et l'abcès situé dans l'épaisseur du pancréas.

#### OBSERVATION VIII

Chaput, Société médicale des Hôpitaux (31 janvier 1896.)  
(D'après la « Presse médicale »).

*Ulcère gastrique avec tumeur volumineuse. — Gastro-entérostomie. — Disparition des accidents et persistance de la tumeur.*

La malade, âgée de 34 ans, a été soignée, il y a un an et demi, à Saint-Antoine, pour une dilatation de l'estomac avec ulcère gastrique. Depuis lors, elle souffre davantage; les douleurs sont plus vives un quart d'heure après le repas.

Elle vomit fréquemment ses aliments. Pas d'hématémèse proprement dite, mais on trouve dans ses vomissements un peu de poussière noire comme du marc de café.

La malade resta quelques mois sans souffrir, et elle s'aperçut, par hasard, de la présence d'une tumeur du volume d'un œuf de poule au niveau de la région ombilicale.

En juillet 1895, les douleurs stomacales reprennent, ainsi que les vomissements alimentaires. La tumeur ombilicale augmente de volume et devient douloureuse.

La malade entre à Tenon, en médecine chez M. le docteur Florand, puis en chirurgie, salle Delessert.

A l'examen, on trouve un ventre rétracté en bateau; une tuméfaction anormale fait saillie à l'ombilic.

A la palpation on constate que cette tumeur est à peu près large comme la paume de la main ; elle siège derrière la paroi abdominale ; elle est mobile de haut en bas quand la malade respire ou quand on pousse la tumeur avec les doigts.

La pression sur cette tumeur est douloureuse ; l'estomac est dilaté, il descend à trois doigts au-dessous de l'ombilic. On obtient le clapotement à la palpation et à la succussion.

Depuis son entrée dans le service, la malade vomit presque tous les aliments ; elle est très amaigrie, mais son facies est assez bon.

Rien au poumon, ni au cœur, ni dans les urines.

Le 28 août 1895, je fais la laparotomie médiane, je constate que la région pylorique est le siège d'une énorme tumeur, du volume du poing environ, très épaisse et qui a tous les caractères extérieurs d'un carcinome.

J'exécute la gastro-antérostomie postérieure par le procédé de la suture à trois étages. Pour éviter l'effusion des liquides stomacaux dans le ventre, je fais la suspension de l'estomac avec des fils passés à travers ses parois.

Je lie ensuite le bout supérieur de l'intestin à la gaze iodoformée et je pratique au-dessous de cette ligature une entéro-anastomose pour rétablir le cours de la bile.

Je suture enfin l'orifice méso-colique à l'estomac pour éviter la hernie des anses grêles dans l'arrière cavité des épiploons.

La malade a guéri très rapidement, je l'ai revue le 15 janvier dernier. Depuis l'opération elle n'a plus vomi ; la tumeur persiste avec le même volume, mais indolente. La malade a encore l'estomac dilaté ; elle mange des aliments solides et les digère, elle a sensiblement engraisé. Etant donné l'âge de la malade et la longue survie après l'opération, il semble qu'on puisse éliminer à peu près le cancer de l'estomac.

OBSERVATION IX

Walther

M.... Joséphine (Vve P....), âgée de 28 ans.

Vomissements. Intolérance gastrique absolue.

Tumeur facilement appréciable dans la région épigastrique, à droite de la ligne médiane.

*Diagnostic.* — Carcinome de la face antérieure de l'estomac.

M. Walther ne se résout à l'opération que sur les instances de M. Talamon.

*Opération.* — Le 4 août 1894, éthérisation.

Incision de 10 cent. parallèle au rebord costal gauche. Tumeur englobant l'estomac, le foie, l'intestin. Tentatives infructueuses de décollement.

On s'arrête à cause de l'hémorrhagie en nappe.

Suture de la paroi abdominale.

Dès le lendemain, la malade garde les liquides.

Sort le 16 août.

Revue le 22 décembre en parfait état général. Les digestions sont bonnes, il n'y a plus de tumeur appréciable. Du 25 juillet au 21 décembre, elle a augmenté de 21 kilos.

En mars 1897, trois ans après l'opération, la malade se porte bien.

Elle n'a jamais souffert depuis l'opération.

Depuis elle a eu un enfant.

OBSERVATION X

Eiselsberg. Archiv. für Klinische chirurgie 1889. T. 39

*Adhérences étendues entre le fond induré de l'estomac et la paroi abdominale à la suite d'ulcère. Résection partielle de la paroi stomacale. Guérison.*

Marie O..., 50 ans. Souffre depuis 14 ans de son estomac ;

elle éprouve deux à trois heures après les repas une sensation de brûlure vive au niveau de la région épigastrique. Il y a cinq ans, elle eut, spontanément, une hématomèse abondante composée de sang noir. Depuis neuf mois, la malade avait remarqué qu'il se formait lentement une tumeur au-dessous du rebord costal gauche; elle commença en même à maigrir. Ces derniers temps, elle souffrait surtout de douleurs vives, lancinantes qui s'installaient après le repas. La malade était arrivée à se mettre au régime lacté absolu.

*Etat actuel.* — Femme pâle, amaigrie; poids 36 kilos. L'abdomen est soulevé au-dessous du rebord costal gauche par une tumeur du volume d'une pomme, tumeur qui semble adhérente à la paroi abdominale et qu'on trouve encore très nette lorsqu'on fait contracter le grand droit. Cette tumeur s'étend à droite jusqu'à la ligne médiane, en bas jusqu'à l'ombilic, en haut elle disparaît sous le rebord costal. Elle est très peu mobile. La malade fut observée pendant un certain temps à l'hôpital; elle ne vomissait pas, mais se plaignait de vives douleurs dans l'estomac.

Le contenu de celui-ci renferme de l'acide chlorhydrique libre.

*Diagnostic.* — Tumeur maligne probable, ayant pour point de départ la paroi antérieure de l'estomac.

La malade implorait une opération à cause de ses douleurs.

*Opération.* — Le 4 décembre 1888 (Billroth).

Après un lavage soigné de l'estomac, incision le long du bord externe du muscle grand droit à gauche. On tombe sur une tumeur dure, adhérente à la face profonde du grand droit et du muscle grand oblique; on écarte les lèvres de la plaie pour mieux voir les limites de la tumeur. En pénétrant avec le couteau dans l'intérieur de la tumeur, on tombe sur la paroi antérieure de l'estomac perforée, adhérente à la paroi abdominale. Il existe sur la face antérieure de l'estomac, près de la grande courbure, une rétraction cicatricielle dont les bords sont durs et, tout autour, la paroi de l'organe est transformée

en une masse calleuse, dure. On excise une portion elliptique de cette paroi de façon à enlever l'ulcère et les parties indurées. Les bords de cette perte de substances ont suturé linéairement. La ligne de suture longue de 10 cent. est parallèle au rebord costal gauche. L'estomac ainsi débarrassé de ses adhérences est libre et s'enfonce dans la cavité abdominale. Mais l'excision de la partie indurée a créé une perte de substance au niveau du péritoine, des aponévroses et des muscles; cette perte de substance ne peut-être que diminuée par la suture. L'orifice qui reste est fermé par de la gaze iodoformée, drainé et recouvert par la peau qu'on suture.

La convalescence se passa tout à fait bien. Diète comme dans le cas de résection du pylore. On retire la gaze et les drains au dixième jour. La malade se lève, pour la première fois, trois semaines après l'opération, et huit jours après, elle quitte le service complètement guérie. Les douleurs avaient absolument disparu.

La malade se présente à nous au mois de juin 1889, donc six mois après l'opération. Elle a augmenté de six kilos et se sent presque tout à fait bien. Elle mange de tout et n'a jamais de douleurs. La cicatrice est normale, seulement il existe une événtration pour laquelle on lui donne une ceinture.

La pièce excisée est elliptique, longue de 10 cent., large de 5 cent. Son épaisseur atteint par places 2 cent. L'examen microscopique confirme qu'il s'agit d'un tissu cicatriciel pur.

#### OBSERVATION XI

Klaussner. Münchener medicinische Wochenschrifte.  
15 septembre 1896.

*Contribution au traitement chirurgical de l'ulcère simple de l'estomac.*

M. S..., femme de chambre, âgée de 21 ans, raconte qu'elle a été malade pour la première fois le 18 septembre 1891, où elle

fut prise de douleurs vives dans la région gauche de l'abdomen. Les douleurs s'atténuaient après trois semaines, de sorte que la malade put reprendre un travail pas très fatigant, mais elles ne cessèrent pas complètement; la malade aurait eu à ce moment des vomissements fréquents.

Un an après, les douleurs reparurent de nouveau dans la région épigastrique gauche et la malade fut traitée pour une fluxion de poitrine. Les douleurs étaient tellement vives que la malade ne pouvait se tenir debout. Les applications de glace, les compresses humides n'apportaient aucun soulagement et seule la morphine calmait la malade. Le lait et le café étaient seuls supportés comme nourriture.

Pendant ces trois dernières années, les douleurs furent continues avec des crises durant plus ou moins longtemps. De temps en temps des vomissements. La malade pouvait manger assez bien et l'ingestion des aliments n'amenait pas de recrudescence dans les douleurs.

Le premier examen de la malade ne permit pas de poser un diagnostic ferme; on croyait sentir une résistance plus considérable à l'endroit où la douleur spontanée et provoquée était la plus vive, c'est-à-dire entre le rebord costal et la ligne médiane, mais on pouvait l'attribuer aussi bien au muscle droit très tendu. Un second examen sous chloroforme permit de constater une masse indurée, aplatie, de l'étendue d'une petite assiette, limitée en haut par le sternum et le rebord costal et se continuant en bas sans limites précises avec la résistance des muscles de la paroi abdominale. On pensa alors soit à un sarcome, soit à une tumeur d'origine syphilitique. On institua un traitement ioduré.

La malade maigrit considérablement en quinze jours, mais la tumeur ne diminuait pas, au contraire; on sentait mieux, à cause de l'amaigrissement de la malade, une formation plate de la largeur d'une main d'enfant.

L'intervention fut alors décidée et faite le 29 février 1896.

La tumeur est mise à découvert par une incision oblique en haut et en dehors située au-dessous de la partie la plus élevée de la tumeur. On aperçoit alors un tissu calleux et fibreux et on enlève plusieurs couches épaisses de quelques millimètres, de la largeur d'une pièce de cinq francs. Ces parties indurées se prolongent dans le tissu musculaire voisin sans limites précises. Malgré toutes les précautions, en enlevant ce tissu, il se fait une déchirure par laquelle s'échappe de l'air. Un doigt introduit par l'orifice permet de constater qu'il s'agissait de l'estomac adhérent à la paroi antérieure de l'abdomen. Il était évident qu'au niveau d'un ulcère de l'estomac il s'était formé des adhérences entre la paroi abdominale et la paroi stomacale antérieure, ce qui expliquerait les douleurs continues ressenties par la malade.

Comme on ne pouvait pas entreprendre une opération plus sérieuse sans le consentement de la malade, on bourra l'orifice avec de la gaze iodoformée et on ferma en partie la plaie cutanée.

La malade ayant consenti à une opération plus complète, celle-ci fut pratiquée quelques jours après. On se proposait de séparer l'estomac de la paroi abdominale.

Incision longue de 21 cent. partant de l'appendice xyphoïde et menée parallèlement au bord des côtes inférieures à trois travers de doigt au-dessous. L'incision a intéressé toutes les couches jusqu'au péritoine; celui-ci n'est ouvert qu'après l'hémostase. On constate alors que la face antérieure de l'estomac adhère au péritoine pariétal, et que ces adhérences commençant au niveau du rebord costal s'étendent en arrière vers le cardia. Cette localisation défavorable rendait très difficile le décollement car on courait le risque d'intéresser la plèvre. On y arrive pourtant et c'est seulement alors qu'on peut attirer l'estomac dont l'ouverture faite au cours de l'opération précédente était obturée avec de la gaze iodoformée. On put alors constater que les adhérences étaient beaucoup moins étendues que les infiltrations de la paroi abdominale qu'on sen-

tait par le palper. Après avoir excisé les parties indurées sous forme d'ellipse, on suture la plaie stomacale.

La convalescence eut lieu de la manière la plus satisfaisante.

Les premiers temps, la malade ne prit que des aliments liquides ; les premiers jours, il y eut des vomissements et quelques douleurs mais moins intenses que celles qu'elle ressentait auparavant.

La malade s'améliora rapidement et son poids augmenta. Actuellement (fin août), elle se sent très bien, de sorte qu'elle peut sans difficulté travailler comme domestique.

Comme il s'est écoulé six mois depuis l'opération, on peut espérer que le bon état actuel de la malade sera durable.

## OBSERVATION XII

Krogius (d'Helsingfors). — *Centralblatt für Chirurgie*.

30 mai 1896.

Maria B..., âgée de 51 ans, marchande de poisson, a toujours été bien portante. Mariée à l'âge de 19 ans, elle a eu trois enfants, dont le dernier est né il y a 28 ans. C'est, il y a 27 ans, qu'elle commença à souffrir pour la première fois de douleurs au creux épigastrique et de renvois acides. Il y a trois ans, une hématomérose. Au printemps 1894, elle remarque au creux épigastrique, un peu à gauche, une tumeur mobile, du volume d'un œuf, qui grossissait rapidement, en même temps qu'elle devenait immobile. Les douleurs d'estomac et les vomissements augmentant, elle fut forcée de quitter son travail en automne.

Le 2 novembre, elle entre dans un service de médecine, où elle reste jusqu'en janvier 1895 avec le diagnostic : tumeur abdominale, hypersécrétion acide, dilatation de l'estomac. Le traitement par les lavages, le sel de Carlsbad, la morphine, ne donnèrent aucun résultat.

Au printemps 1895, la tumeur augmente considérablement de volume et devient très douloureuse. Les douleurs, qui reviennent chaque jour, obligent la malade à ne marcher que courbée en deux; aussi, le plus souvent, elle garde le lit. L'appétit est nul, les vomissements fréquents. Les jambes et les pieds enflent de temps en temps. L'amaigrissement est considérable. Le 4 juin 1895, on la reçoit dans la clinique chirurgicale en vue d'une intervention.

*Etat actuel.* — Malade amaigrie, pas très pâle. Cœur et poumons normaux. On voit et on sent dans l'épigastre gauche, au-dessus du rebord costal, à 6 centimètres de l'appendice xyphoïde, une tumeur large de 8 cent. et haute de 5 cent. Elle se prolonge en haut, sous le rebord des fausses-côtes. Cette tumeur semble adhérer à la paroi abdominale, mais la peau, au niveau de la tumeur est mobile. La surface en est inégale, la consistance dure; elle est très douloureuse. Le suc gastrique contient HCl libre. La malade souffre énormément; elle ne quitte plus le lit. Elle prétend ne plus pouvoir endurer ces souffrances et être décidée à une opération même dangereuse pour en être débarrassée. Il était difficile d'établir un diagnostic en présence de cette tumeur qui siégeait visiblement dans la paroi stomacale et qui, probablement, était aussi en rapport de continuité avec la paroi stomacale; cependant je consentis à opérer la malade pour la soulager.

*Opération* le 11 juin. — Anesthésie par l'éther. Après avoir fait une incision sur la ligne blanche, de l'appendice xyphoïde à l'ombilic, je pus constater que la face antérieure de l'estomac adhérait dans l'étendue d'une petite assiette avec la paroi abdominale et le rebord costal. La tumeur sentie était due à l'épaississement des bords de l'adhérence. Pour rendre plus accessible la tumeur, je fis une autre incision partant de la première et suivant le rebord costal. En voulant séparer la paroi abdominale de l'estomac, celui-ci s'ouvrit; son contenu fut immédiatement recueilli par des compresses (Les lavages

pratiqués avant l'opération n'avaient pas vidé complètement l'estomac, il restait des débris alimentaires).

La libération de l'estomac fut continuée en réséquant sa paroi antérieure dans toute la partie adhérente. L'estomac présente aussi des adhérences avec le lobe gauche du foie. Le décollement amène une hémorrhagie qu'on arrête par une cautérisation au thermo-cautère. La plaie stomacale, longue de 12 centimètres, est suturée perpendiculairement à l'axe longitudinal de l'estomac. Les parties de l'estomac qui sont restées adhérentes, sont enlevées au bistouri et au thermo-cautère. Après nettoyage très minutieux, fermeture de la plaie abdominale, sauf en un point où l'on introduit un peu de gaze iodoformée. L'opération a duré 2 heures.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit non pas d'une tumeur maligne, mais d'un ulcère simple. C'est ce qu'on pouvait affirmer, du reste, rien qu'à voir les parties enlevées.

La malade fut très affaiblie à la suite de l'opération ; mais son état général ne laissa rien à désirer. Pas de fièvre.

Le 15 juin, on enlève la mèche de gaze iodoformée ; il s'écoule alors une notable quantité de liquide bilieux.

Le 23 juin, la sécrétion de ce liquide, qui était assez abondant pendant quelques jours, se tarit. La plaie est cicatrisée.

Le 25 juin, il s'est formé sur la ligne médiane une fistule qui donne issue à un liquide jaunâtre. On introduit dans la fistule une mèche de gaze iodoformée.

Le 23 juillet, le malade quitte l'hôpital. La plaie est cicatrisée depuis un certain temps. Les douleurs ont complètement disparu après l'opération.

Le 9 novembre, j'ai eu l'occasion de voir mon opérée. Elle avait pris de l'embonpoint, avait très bonne mine et pouvait faire un travail pénible. Les douleurs n'ont pas reparu depuis l'opération. La tumeur avait disparu, le ventre était normal à la palpation.

OBSERVATION XIII.

*Czerny et Rindfleisch. Beiträge zur Klin. Chirurgie, 1882,  
p. 674.*

M<sup>me</sup> W., âgée de 31 ans, souffre depuis dix ans de douleurs d'estomac; en même temps elle a eu des hématomésés, constipation. Depuis un an et demi, les symptômes se sont aggravés et la malade a beaucoup maigri.

*Etat actuel.* — La malade très amaigrie, présente à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic une tumeur dure, de la grosseur d'un œuf. Cette tumeur descend lorsque l'estomac se remplit et dans les inspirations profondes. Les vomissements ont une réaction fortement acide, mais on ne trouve pas d'acide chlorhydrique libre.

Diagnostic: Cancer du pylore.

*Opération* le 11 février 1885. — On détache le grand et le petit épiploon en posant sur le premier onze ligatures, sur le second huit. La tumeur est réséquée. On suture le duodénum avec l'estomac.

La partie réséquée est longue de 13 centimètres, au niveau de la grande courbure, dont 9 centimètres pour l'estomac, le reste pour le duodénum; au niveau de la petite courbure, la longueur est de 5 centimètres. On trouve tout près du pylore, sur la petite courbure, un ulcère grand comme un noyau de cerise, avec des bords épaissis, un fond uni, légèrement hémorrhagique. Le pylore est transformé en une fente oblique, laissant à peine passage au petit doigt. On trouve sur la grande courbure, près du pylore, une petite cavité dont le fond et les bords sont entourés par du tissu cicatriciel qui présente quelques petites ulcérations. Le reste de la muqueuse stomacale est hypertrophié, mamelonné et très congestionné.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'une hyper-

trophie inflammatoire développée sur le fond d'un ulcère simple.

11 Février. — 87 pulsations à la minute. La malade prend de la glace, du vin, et on lui donne des lavements nutritifs.

12 Février — Le matin, la malade se porte bien ; le soir surviennent quelques éructations ; l'haleine est fétide. Le pouls est petit. Douleur et sensation de pesanteur dans le ventre.

Les jours suivants, le pouls devient de plus en plus petit, la respiration haletante, la langue sèche. La température qui montait lentement, atteint le 15 février 40°3. La malade meurt.

*Autopsie.* — Cœur friable, coloration brun pâle, taches ecchymotiques sur le péricarde. Pneumonie hypostatique. Péritonite localisée au champ opératoire. A la partie postérieure de la ligne de suture le duodénum est sphacélé et laisse passer l'eau.

L'âge de la malade (31 ans), la longue durée de la maladie (10 ans), l'absence de ganglions auraient évidemment pu faire penser à un ulcère simple. Mais l'aggravation rapide de la maladie dans les derniers temps, l'absence d'acide chlorhydrique libre, firent pencher le diagnostic vers le cancer développé sur un ancien ulcère simple et décidèrent l'opération.

Les fortes adhérences avec le duodénum nécessitèrent une résection très étendue ; d'autre part le duodénum fortement rétracté et atrophié en aval de la sténose ne se laissait que difficilement attirer vers l'orifice stomacal. Aussi la réunion du duodénum et de l'estomac ne fut pas aussi exacte qu'elle aurait dû l'être et la distension favorisa la gangrène. Si l'on avait pu établir plus tôt le diagnostic, on aurait essayé de faire une excision du tissu cicatriciel moins étendue et le procédé d'Heinecke-Mikulicz aurait donné un résultat satisfaisant.

La gastro-entérostomie aurait été également préférable.

#### OBSERVATION XIV

Czerny et Rindfleisch. — Beitrage zu Klin, Chirurgie 1892, p. 678

Catherine N..., âgée de 45 ans, a commencé à souffrir de l'estomac il y a 13 ans.

Une diète appropriée l'a améliorée considérablement. Mais il y a 5 ans les douleurs reparurent et, au mois de septembre 1888, elles deviennent plus vives et apparaissent même quand l'estomac est vide. En même temps la malade présente des éructations, de la constipation et un amaigrissement.

Depuis deux mois on constate l'existence d'une tumeur qui grossit peu à peu.

*Etat actuel* (24 janvier 1889). La malade est pâle et assez amaigrie, mais mange encore assez bien. Dans la région épigastrique, à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, on sent une tumeur dure, longue de 6 centimètres, large comme le doigt, obliquement dirigée. Cette tumeur est lisse, nettement pulsatile, sans souffle. Lorsque l'estomac est fortement distendu, la tumeur se déplace en bas et à droite de l'ombilic, pas d'acide chlorhydrique libre.

Le diagnostic était hésitant entre un cancer et une tumeur de la petite courbure (anévrisme de l'artère coronaloïde).

*Opération le 28 janvier.* — Après avoir fait une incision médiane, on arrive très facilement à attirer l'estomac. Le pylore présente une induration circulaire large de deux centimètres; celle-ci s'étend le long de la petite courbure jusqu'à cinq centimètres du pylore. Le péritoine au niveau de l'induration est plus lisse, plus épais et plus adhérent. L'estomac est dilaté, ses parois sont hypertrophiées.

Considérant la tumeur comme un squirrhe, je procédai à la ligature du grand et du petit épiploon; après avoir fixé l'estomac et le duodénum, je réséquai la tumeur. L'estomac fut ensuite réuni au duodénum par deux rangées de points de suture. L'ouverture stomacale, fut rétrécie et la suture d'anastomose complétée.

La partie réséquée mesure 12 centimètres  $1\frac{1}{2}$  de longueur: 2 centimètres appartiennent au duodénum. Le pylore laisse à peine passer un crayon. L'induration est due à l'hypertrophie de la musculuse qui présente une épaisseur de un centimètre. La muqueuse présente également un peu d'hypertrophie, mais

au niveau de la petite courbure existe un ulcère de la grosseur d'une lentille.

*Examen microscopique.* — Hyperplasie cellulaire de la muqueuse stomacale, qui présente les caractères d'un sarcome avec grosses cellules sarcomateuses.

La période post-opératoire se passa sans autre accident qu'une légère parotidite directe (oreillons) et la malade partit chez elle le 23 février 1889. La malade se portait encore bien au mois de mai. Elle mourut au mois de septembre à la suite d'une sténose du duodénum.

Le diagnostic qui restait hésitant, voire après l'examen microscopique de la pièce, entre un sarcome diffus et une hyperplasie essentielle développée sur un ancien ulcère, fut définitivement établi à l'autopsie qui démontra qu'il s'agissait d'une hyperplasie essentielle.

La mort était due à une inflexion et à une rétraction cicatricielle du duodénum. La malade avait refusé une gastro-entérostomie.

#### OBSERVATION XV

Czerny et Rindfleisch. — Beitrage zu Klin, Chirurgie 1892, p. 680

Madame C..., âgée de 50 ans. A eu à l'âge de 20 ans une maladie d'estomac dont elle guérit,

En 1887 elle recommença à souffrir. En 1888 elle eut du ballonnement du ventre qui disparut à la suite d'une diarrhée. Au mois de septembre 1888, vomissements liquides, ayant une saveur acide.

Depuis 1889, la diarrhée fait place à la constipation en même temps qu'apparaissent de la perte d'appétit et un amaigrissement de 60 livres.

On constate à la clinique médicale, en 1889, 3 juillet, que le ballonnement du ventre au-dessous de l'ombilic est dû à la présence de l'estomac dont la grande courbure descend jusqu'à la

symphyse, et la petite se trouve au niveau de l'ombilic. On trouve à droite de l'ombilic une induration profonde. Le suc gastrique contient un excès d'acide chlorhydrique. Le 10 juillet on peut mieux préciser la tumeur qui apparaît grosse comme un marron, dure, mobile, et non pulsatile.

On transporte la malade à la clinique chirurgicale le 9 octobre, tout traitement médical restant sans résultat.

*Opération le 12 octobre 1884.* — A l'ouverture du ventre, on trouve une induration circulaire du pylore à gauche de l'ombilic, tandis que la première portion du duodénum descend obliquement du bord du foie vers le pylore. Le pylore est réséqué dans une étendue de 7 centimètres et demi en haut et de 7 centimètres en bas dont deux appartiennent au duodénum.

*Examen de la pièce.* — Le pylore rétréci permet de passer un crayon et on trouve trois ulcères superficiels, sur la muqueuse stomacale qui présente un état mamelonné.

La malade tombe le soir même dans le collapsus, et malgré le vin, le cognac, la température tombe à 35°5.

Le 13 octobre, la malade meurt à midi.

#### OBSERVATION XVI

Dreydorff. Beitrage zu Klin. Chirurgie 1894

XI. P. 333

*Sténose du pylore consécutive à un ulcère. Pyloroplastie.*

*Guérison.*

Julie O..., 46 ans. Depuis dix à douze ans, la malade se plaint de nausées et de renvois acides après ses repas. Alternatives de mieux et de pis. Tous les médicaments restaient sans action. A ses troubles dyspeptiques se joignaient ces quatre dernières années des vomissements. La quantité d'aliments que la malade pouvait digérer diminuait de plus en plus. Il y

a six mois, ces troubles s'accroissent davantage en même temps qu'apparaissent des douleurs gastriques très violentes et que les vomissements devinrent de plus en plus fréquents. Le massage, par lequel on traitait la malade à ce moment, était tellement mal supporté que la malade ne pouvait plus manger que du lait et des œufs.

Le docteur Kusmaul, qu'elle consulta à ce moment, ordonna des lavages d'estomac; ceux-ci amenèrent pendant quelques jours un soulagement considérable.

Le 19 octobre 1892, elle entra dans la clinique chirurgicale.

*Etat actuel.* — La malade est pâle, amaigrie, elle pèse 45 kilos 7. Aucun stigmate de scrofule ni de syphilis. Pas d'œdème; rien du côté des poumons. La matité du foie et de la rate ne sont pas augmentées. Ventre légèrement ballonné.

Pas d'ascite. On trouve, à droite de l'ombilic, près du rebord des fausses-côtes, une tumeur arrondie, dure, du volume d'une pomme. Elle est mobile, et pendant l'inspection peut se déplacer de deux travers de doigt en bas.

Elle semble ne pas adhérer au foie, car il est possible de l'empêcher de remonter avec cet organe au moment de l'inspiration. Après lavage de l'estomac et l'ingestion d'une certaine quantité d'eau, on trouve la limite inférieure, la malade étant debout, à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse.

A ce moment, la tumeur se déplace un peu à gauche. Clapotement facile à constater.

Pas de douleur à la pression. Le suc gastrique contient moins d'acide chlorhydrique que normalement (0,985 ‰).

*Diagnostic :* Sténose du pylore consécutive à une tumeur (probablement ulcère avec hypertrophie), dilatation secondaire de l'estomac.

Opération le 21 octobre 1892. Incision médiane longue de 11 centimètres. On découvre l'estomac; le pylore est couvert de fausses membranes, et le duodénum est attiré vers la petite courbure par du tissu cicatriciel.

La tumeur n'est autre chose que la vésicule biliaire très dure probablement remplie de calculs, elle adhère, de même que le côlon transverse à l'estomac. On la décolle, on la rejette au dehors, puis on fait la pyloroplastie suivant la méthode d'Heinecke-Mikulicz. L'incision appartient, sur une étendue de deux centimètres, à l'estomac, et de un centimètre et demi au duodénum. On excise avec les ciseaux une cicatrice fibreuse qui rétrécit l'orifice pylorique et imprime au pylore un certain degré de courbure. Suture transversale de l'incision longitudinale.

Fermeture de la cavité abdominale. Durée de l'opération : 1 heure 5.

Aucun accident pendant la période qui suit l'opération.

Le 20 novembre, la malade sort complètement rétablie.

Au mois de mai 1893, c'est-à-dire six mois après l'opération, la malade jouit d'une santé florissante, pèse 55 kilos (augmentation de 9 kilos 3). Elle ne présente plus de troubles digestifs, mange et digère tout, fait des promenades de 3 heures.

Elle est mariée depuis le mois de mars.

#### OBSERVATION XVII

Dreydorff

*Beitrag zu Klin.* — Chirurgie, 1894, XI, p. 333

*Ulcère de la petite courbure. Périgastrite. Sténose pylorique, dilatation secondaire de l'estomac. Pyloroplastie. Guérison.*

Madame Mina M..., âgée de 30 ans, se plaint depuis neuf ans de douleurs, de crampes au niveau du creux épigastrique, douleurs qui augmentent peu à peu d'intensité. Depuis trois à quatre ans, s'y joignent des vomissements.

Tous les deux jours elle vomit de grandes quantités d'aliments, mais elle n'a jamais eu d'hématémèse ni de melæna. Ces dernières années, ses forces ont diminué d'une façon con-

sidérable et l'amaigrissement a été très accentué. Au printemps 1892, la malade consulte le docteur Kusmaul, et entre très affaiblie dans la maison de santé de Heidelberg ; elle pèse alors 43 kilos.

Sous l'influence du repos, des lavages et de la diète, elle reprit des forces et les douleurs disparurent par le sous-nitrate de bismuth. La malade sortit de l'hôpital au mois de juillet. Les lavages de l'estomac qui avaient donné d'abord de bons résultats furent négligés par la malade, et l'état s'aggravant de nouveau, elle revint consulter le docteur Kusmaul. A ce moment la malade présentait un peu de périgastrite ; mais les élévations de température disparurent bientôt sous l'influence d'un traitement approprié. La tumeur diminua et la dilatation devint moins prononcée jusqu'au 12 janvier 1893 où, avec l'association de tous les symptômes précédents, se produisit une hématoméose abondante.

Les hémorragies se reproduisaient après chaque lavage et les douleurs étaient exagérées par la moindre quantité d'aliments. La malade se décida à entrer à la clinique chirurgicale en vue d'une opération.

*Etat actuel.* — La malade, de taille assez grande, très anémiée, très amaigrie, pèse 45 kilos 5. Pas d'œdème, pas d'engorgement ganglionnaire. Poumons et cœur normaux. Le ventre un peu ballonné, avec des parois abdominales flasques, présente une tumeur ovoïde transversalement dirigée, dont la grosse extrémité se trouve à gauche dans l'hypogastre et la petite monte vers le rebord des fausses-côtes. On sent à la palpation de cette tumeur molle, élastique, un clapotement très net.

Immédiatement au-dessus de l'ombilic se trouve une tumeur dure, très douloureuse à la pression, qu'on peut déplacer latéralement, mais qui ne bouge pas pendant les mouvements respiratoires. Elle mesure 6 cent. de large sur 4 de haut. A la percussion, au-dessus de la tumeur, son tympanique un peu sourd, de même qu'au-dessous ; sur les côtés, sonorité intes-

tinale. Le suc gastrique contient de l'acide chlorhydrique libre, de l'acide lactique, des acides gras, des sarcines et des cristaux d'hésine. HCl était de 4 0/00 au début, puis pendant les lavages de 2,5 0/00 et, après l'administration du bismuth, de 1 0/00.

*Diagnostic* : Ulcère simple de l'estomac, périgastrite, sténose cicatricielle du pylore et dilatation de l'estomac.

*Opération* le 17 janvier 1893 : anesthésie par le chloroforme, l'éther et la morphine. Incision médiane de 10 cent. On arrive sur l'estomac, dont la petite courbure est épaissie dans le voisinage du pylore et recouverte par une partie indurée du grand épiploon. Le pylore rétréci est déplacé en haut et en dedans, tandis que la partie pylorique de l'estomac s'est allongée. L'infiltration s'étend à toute la partie supérieure de l'orifice pylorique, de telle sorte que le 1/3 inférieur seulement est mou et mobile. Incision horizontale dans cette partie sur une étendue de 2 cent. L'exploration de la face interne de l'estomac permet de constater au niveau de la petite courbure un ulcère assez profond. En se servant comme conducteur du doigt, qui ne peut cependant pas franchir le pylore, on prolonge l'incision de 3 cent, vers le duodénum. Ensuite on suture transversalement la plaie ; durée de l'opération : 45 minutes.

Pas d'accident les premiers jours qui suivent. Le dixième jour, un peu de diarrhée et de coliques, qui disparaissent bientôt.

Le 27 et le 30 janvier, 2 syncopes sans causes appréciables.

Le 1<sup>er</sup> février : température normale. Alimentation demi-liquide.

7 février : la malade se lève.

14 février : l'estomac descend à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Pas d'induration appréciable dans la région pylorique. La tumeur a disparu de même que la douleur à la pression.

Quelques jours après, la malade quitte le service, pesant 48 kilos. Etat général très satisfaisant.

17 juin, c'est-à-dire 4 mois  $\frac{1}{2}$  après l'opération, la malade est florissante ; elle pèse 58 kilos 5 (augmentation de 13 kilos). L'estomac ne descend plus que jusqu'à l'ombilic et ne présente plus ni clapotement, ni douleur à la pression dans la région pylorique. Digestion très bonne.

#### OBSERVATION XVIII

Max Einhorn. — Medical Record, Janvier 1895, p. 72.

Madame P. L..., 43 ans, mère de trois enfants. Sa mère est morte d'un cancer. Elle a commencé à souffrir, il y a six ans, la maladie a commencé par de la diarrhée qui a duré deux ans ; la malade ne peut dire si les selles étaient noires. Depuis quatre ans, elle souffre de violentes douleurs d'estomac qui se calment par l'émission de gaz. La malade n'a jamais eu d'ictère. Pendant ces deux dernières années, elle a souffert de sensation de brûlure au niveau de l'estomac avec des vomissements fréquents. Jamais d'hématémèse. Durant la nuit, les douleurs sont plus vives et empêchent le sommeil. Pendant les derniers mois, la malade a maigri d'environ trente livres.

C'est avec ces renseignements que la patiente me fut envoyée par le Dr Willy-Meyer.

*Etat actuel.* — 11 février 1894. Rien à l'examen de la poitrine. La palpation de l'abdomen révèle une tumeur cylindrique de la grosseur d'un œuf située à droite de l'ombilic. Cette tumeur est très mobile dans toutes les directions ; la surface en est lisse. On peut provoquer le clapotement stomacal jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Pas de douleur à la pression de la région gastrique. Pas d'augmentation du foie.

12 février. — Après lavage, la malade est examinée avec l'éclairage stomacal ; l'estomac apparaît considérablement agrandi, son bord inférieur est très abaissé.

13 février. — Une heure après un repas d'épreuve, on retire le contenu stomacal. Celui-ci était environ de 300 cent. cubes d'un liquide légèrement verdâtre (bile) dans lequel se trouvaient des aliments des jours précédents. HCl augmenté. Pas d'acide lactique. Pendant une semaine, traitement par les lavages de l'estomac.

Pas d'amélioration sensible.

*Diagnostic.* — Rétrécissement du pylore de nature bénigne.

*Opération* par le Dr Willy-Meyer.

Après l'ouverture de l'abdomen, la tumeur apparut comme le pylore épaissi. Elle fut réséquée. L'opération de Heinecke-Mikulicz ne put être faite dans ce cas parce que l'on soupçonnait un cancer et parce que le rétrécissement était trop étroit et l'épaisseur des parois du pylore trop considérable. Le duodénum fut alors réuni à l'estomac au moyen du bouton de Murphy.

Les suites de l'opération furent simples. Le bouton fut évacué vers la troisième semaine ; depuis la malade va bien. Elle a gagné 20 livres et ne ressent aucune espèce de douleurs.

Le pylore réséqué est considérablement épaissi, résistant et ne pouvait être distingué, à l'œil, d'un cancer. L'examen microscopique montra cependant que c'était simplement une hypertrophie du pylore.

#### OBSERVATION XIX

Eiselsberg. — Archiv. für Klin. Chirurgie 1889, t. 39

*Sténose cicatricielle du pylore consécutive à un ulcère simple de l'estomac. Résection. Mort par péritonite au bout de cinq jours.*

Joséphine K..., âgée de 58 ans. Depuis un an et demi, elle souffre de renvois acides trois heures après ses repas. Depuis

six mois elle vomit tous les aliments solides, d'où affaiblissement notable. Les vomissements ont cessé depuis cinq semaines. Jamais de sang dans les vomissements.

*Etat actuel.* — La femme très amaigrie pèse 33 kilos. La région épigastrique est légèrement ballonnée, on voit très nettement les contours de l'estomac très dilaté. Dans la région pylorique existe une tumeur du volume d'un œuf de poule dure et mobile. La femme évite l'ingestion des aliments solides ; elles ne vomit pas à l'hôpital.

Opération le 21 décembre 1885 (Billroth). Incision large de 15 cent. le long du bord externe du muscle grand droit de l'abdomen du côté droit. On attire la portion pylorique qui ne présente rien d'anormal extérieurement, mais qui est très indurée. On met à découvert les petite et grande courbure.

L'estomac et le duodénum sont maintenus et fermés par les mains des aides. Incision partant de la petite courbure, par laquelle on peut constater une sténose considérable.

L'incision est continuée jusqu'au bord inférieur de la région pylorique de façon à séparer le pylore de l'estomac : puis incision de la moitié inférieure de la première portion du duodénum qu'on fixe par quelques points de suture de l'estomac ; et c'est alors seulement qu'on termine l'incision du duodénum, en haut. Suture intestinale ; suture de parois abdominales. Durée de l'opération : 1 heure 1/4.

La malade très affaiblie, reçoit immédiatement un peu de lait avec du cognac et un lavement avec du vin.

Les jours suivants apparaissent les vomissements, le météorisme. Pouls fréquent. Mort au 5<sup>me</sup> jour avec des phénomènes de péritonite.

La partie excisée présente une longueur de 8 cent. au niveau de la petite courbure et de 7 cent. au-dessus de la grande.

La partie rétrécie permet le passage d'un crayon ; la sténose est due à une induration développée autour d'un vieil ulcère. Diagnostic microscopique tissu de sclérose.

A l'autopsie on trouve une péritonite limitée, qui a pour point de départ, la partie inférieure de la ligne de suture.

On pouvait voir sourdre entre deux fils, en pressant légèrement le contenu de l'estomac.

## OBSERVATION XX

Eiselsberg (Id)

*Sténosé cicatricielle du pylore, suite d'ulcère simple,*

*Résection — Guérison.*

Catherine C..., cinquante-cinq ans, souffre depuis trois ans de douleurs d'estomac qu'elle compare à des brûlures. Ces douleurs surviennent après chaque ingestion d'aliments solides en même temps que l'estomac se gonfle. La malade n'est soulagée qu'après avoir provoqué le vomissement en introduisant le doigt dans le pharynx.

Dans ces derniers temps, vomissements constants après les repas ; amaigrissement rapide. Jamais de sang dans les matières vomies.

*Etat actuel.* — La femme très amaigrie pèse 31 Kilos 1/2. Ventre rétracté. Dans la région pylorique tumeur longue de 6 cent., large de 3 cent. dure, mobile à droite et à gauche, se continuant directement avec l'estomac fortement dilaté. La femme supporte très bien pendant quelques jours les aliments solides, mais au bout de quelques jours, ils sont tous rejetés.

*Diagnostic — Carcinome*

Opération le 26 mars 1887 (de Salzer). — Incision médiane: la région pylorique est le siège d'une tumeur dure, du volume d'une pomme, qui ne se laisse pas attirer. Après avoir mis à découvert les deux courbures, on constate que la tumeur est intimement unie au pancréas. L'hémorrhagie est très considérable ; l'hémostase est faite au moyen de clamps de Rydygier placés sur l'estomac ; celui-ci est sectionné le long de ces

clamps. On pose de même les clamps sur le duodénum et on procède alors à l'extirpation de la tumeur. Le duodénum est fixé à la partie inférieure de la plaie stomacale.

Suture des parois abdominales.

Tout se passe très bien après l'opération; jusqu'au huitième jour; alimentation liquide. Cinq semaines plus tard la malade quitte le service complètement guérie et se sent depuis ce temps tout à fait bien. Son poids est de 70 kilos.

La partie excisée mesure 4 centimètres au niveau de la grande courbure et 6 cm. 5 au niveau de la petite. Diamètre de l'orifice : 6 millimètres. Sténose due à du tissu fibreux développé autour d'un ancien ulcère.

#### OBSERVATION XXI

*Professeur Montprofit. Bulletin de la Société de Chirurgie.*

Séance du 18 mars 1898, p. 283.

Louise T..., âgée de trente-deux ans, ménagère, entrée à l'Hôtel-Dieu, salle de gynécologie, le 28 février 1898. Elle se plaint de vomissements continuels, accompagnés d'une sensation de cuisson très prononcée au niveau du creux épigastrique, et réclame une intervention chirurgicale.

Les antécédents héréditaires de la malade n'offrent rien d'intéressant à signaler.

Jusqu'à l'âge de trente ans, la femme T..., n'a fait aucune maladie. A trente ans, elle s'aperçoit que son appétit diminue, ses digestions, jusqu'alors normales, deviennent difficiles et s'accompagnent d'une sensation de pesanteur stomacale très pénible. Des vomissements alimentaires très abondants ne tardent pas à se produire; il sont d'une saveur acide, s'accompagnent d'une douleur cuisante qui s'irradie du creux épigastrique vers la gorge, derrière le sternum; ces vomissements contiennent en suspension dans un liquide filant, jaunâtre, assez abondant, les substances alimentaires ingérées par la ma-

lade lors des repas précédents. Depuis dix-huit mois ces vomissements persistent, survenant plusieurs fois par jour, parfois à cinq ou six reprises différentes et à des moments très variables. Les éructations sont fréquentes; la douleur au niveau du creux épigastrique est très intense; la malade toujours très constipée reste parfois huit jours sans aller à la selle.

Quatre mois environ après le début de son affection, Louise T... s'aperçut de la présence dans le flanc droit, au-dessous du foie, d'une petite grosseur, d'un œuf de pigeon environ, dure, irrégulière, roulant sous le doigt. Cette grosseur, très mobile, voyageait avec la plus grande facilité, au dire de la malade, du côté droit au côté gauche de l'abdomen. Néanmoins, elle semblait avoir une tendance à se fixer dans le flanc droit. La malade consulta, à ce moment, il y a un an environ, le Dr Montprofit qui conseilla l'intervention chirurgicale. Depuis lors la grosseur n'a augmenté de volume que très lentement. Elle est le siège de douleurs sourdes, discontinues, s'exagérant par la pression.

Il y a seize mois, les règles de la malade, jusqu'alors normales, disparaissent. Elles reparaissent cinq mois après, peu abondantes. Les deux époques menstruelles suivantes furent normales. Mais depuis lors, la malade n'a jamais été réglée.

L'état général de la femme T..., assez bon jusqu'au mois de novembre 1897, est devenu de plus en plus mauvais depuis cette époque. L'appétit a considérablement diminué, il est survenu du dégoût pour la viande. Les seuls aliments supportés par la malade sont le vin, le lait, les œufs. L'amaigrissement est considérable, le teint jaune, la peau sèche et terreuse.

Si l'on palpe l'abdomen, on sent nettement, à la région épigastrique et un peu à droite, oblique en bas et à gauche, une tumeur allongée, très dure, de 4 à 5 centimètres de largeur, longue de 10 à 12 centimètres, qui part de l'ombilic pour se perdre sous les fausses-côtes droites, au niveau de leur insertion avec les cartilages costaux.

Il ne paraît pas douteux que cette tumeur ne soit d'origine gastrique.

Le diagnostic auquel on s'arrête est celui de tumeur maligne de la région pylorique, et on décide de pratiquer soit l'ablation du néoplasme, si elle est possible, soit la gastro-entérostomie, si l'intervention radicale est impossible.

Intervention chirurgicale, le 3 mars 1898. — La malade, préparée pour l'intervention, est chloroformisée, puis transportée dans la salle d'opérations. Après l'antisepsie préalable de l'abdomen, on ouvre la cavité péritonéale, en faisant une incision médiane qui part de l'appendice xyphoïde et présente une longueur de 12 centimètres environ. La masse néoplasique, attirée au dehors, occupe tout le tiers inférieur de l'estomac ; on décide de l'enlever. Le grand épiploon est sectionné et lié ; on place une pince au-dessous du pylore, une autre au-dessus du néoplasme et la résection de toute la portion stomacale comprise entre les pinces est pratiquée. Le bout intestinal pylorique est alors fermé à l'aide de deux surjets de soie fine : le premier surjet réunit à elle-même la muqueuse intestinale, le deuxième surjet réunit à elle-même la couche séro-musculaire intestinale. Le bout stomacal est fermé de la même façon.

Pour rétablir la continuité interrompue du tube digestif, on pratique alors, d'après le procédé de Roux, une gastro-entérostomie en Y. L'anse jéjunale, saisie entre deux pinces sur une longueur de 6 centimètres environ est sectionnée transversalement. Des deux bouts intestinaux, l'inférieur est suturé à la face postérieure de l'estomac préalablement incisé sur une étendue correspondante au diamètre de l'anse d'intestin grêle ; le bout supérieur est suturé latéralement au bout intestinal inférieur. Pour chacune de ces anastomoses, on emploie quatre surjets de soie fine, les deux premiers servant à constituer le plan postérieur, les deux derniers servant à reconstituer le plan antérieur.

La cavité péritonéale nettoyée minutieusement à l'aide de

compresses aseptiques. on procède à la fermeture de l'abdomen. ce qui offre quelques difficultés, les deux lèvres de la plaie s'écartant fortement rétractées et n'arrivant que très difficilement au contact l'une de l'autre.

On emploie cinq surjets de forte soie qui enserré dans sa spire toute l'épaisseur de la paroi. Quelques points superficiels assurent la réunion parfaite des deux lèvres de la plaie.

Pansement iodoformé.

L'opération a duré deux heures, durant lesquelles la malade s'est parfaitement comportée sous le chloroforme. Cependant il faut noter une certaine gêne respiratoire, survenue au moment où l'on a pratiqué quelques tractions sur la région cardiaque.

La malade se réveille lentement. On lui fait immédiatement une injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum artificiel. Le soir, l'opérée se plaint de tiraillements abdominaux ; elle est très oppressée.

Le 4. L'oppression a disparu. Injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum artificiel.

La malade absorbe du vin blanc et un siphon d'eau de Seltz.

Dans la nuit du 4 au 5, issue de gaz par l'anus.

Le 5, la malade commence à manger ; elle absorbe avec appétit deux potages au tapioca.

Le 6, chocolat, tapioca, œuf et pain. Vin, bouillon, lait.

Le 7, panade, tapioca, œuf et pain. Vin, bouillon, lait.

La malade ne demande qu'à manger.

Comme elle ne va à la selle que difficilement, on lui administre quotidiennement, à partir du 7, une cuillerée à café de magnésie dans un peu de lait.

Le 8, panade, chocolat, tapioca, œuf et pain. Vin, bouillon, lait, citronnelle.

Le ventre est un peu ballonné.

Le 9, un lavement administré à la malade produit peu d'effet.

Alimentation : panade, chocolat, tapioca, viande, légumes

(pommes de terre au vinaigre), deux portions de pain. Vin, bouillon, lait, tisane.

Le 10, même alimentation que le 9.

Le ventre étant toujours ballonné, on administre une cuillerée d'huile de ricin à la malade qui va abondamment à la selle dans la nuit.

Le 11, la malade est soumise au régime de deux portions.

Le ventre est souple, sans ballonnement aucun.

Le 12, même alimentation que la veille.

Montprofit présenta à la Société de Chirurgie son observation *Tumeur Inflammatoire* croyant avoir pratiqué une pylorectomie pour cancer du pylore. Lors de la discussion Chaput émit un doute sur la nature de la tumeur présentée aux membres de la Société de Chirurgie : « Je trouve, dit-il qu'au point de vue macroscopique, l'aspect de cette pièce a beaucoup de rapport avec la lignite hypertrophique ; il n'y aurait donc peut-être pas là de cancer ». Tuffier et Hartmann pensèrent, au contraire, qu'il y avait bien tumeur maligne. « Il s'agit évidemment de la lésion vulgaire décrite sous le nom de cancer du pylore » (Hartmann).

L'examen microscopique devait montrer que cette tumeur était d'origine inflammatoire et Hartmann, dans sa communication de la Société de Chirurgie de l'année suivante s'exprime en ces termes à propos de l'observation de Montprofit : « L'examen microscopique fait par notre regretté ami Pilliet, montra que j'étais dans l'erreur et qu'on ne se trouvait qu'en présence d'une pseudo-tumeur, constituée par du tissu inflammatoire occupant l'épaisseur des tuniques stomacales ».

## OBSERVATION XXII

### Observation de Chaput (résumée)

Femme de 37 ans, souffre de l'estomac depuis l'âge de 18 ans. En 1897, elle entre à l'hôpital pour « des douleurs

violentes de la région ombilicale, avec des vomissements répétés et une température élevée ».

Elle présentait, en outre, une tumeur volumineuse de la région ombilicale et une grande dilatation de l'estomac.

*Laparotomie* : La tumeur occupait la face postérieure de l'estomac, très volumineuse, sessile et adhérente à la paroi abdominale postérieure. Gastro-entérostomie antérieure. Les vomissements s'arrêtent immédiatement, la malade reprend vite une alimentation solide, digère bien. Quand M. Chaput a présenté sa malade à la Société de Chirurgie, deux mois et quelques jours après l'intervention, la tumeur avait complètement disparu.

#### OBSERVATION XXIII

Docteur Mauclaire. — Rapport du docteur Hartmann. —

Bulletin de la Société de Chirurgie. Séance du 3 mai 1899, page 481.

*Ulère du pylore formant tumeur. Sténose pylorique, gastro-entérostomie postérieure, guérison opératoire et thérapeutique.*

La malade, âgée de 27 ans, s'aperçut, il y a deux ans, que ses digestions devenaient difficiles : un traitement alcalin fut sans effet. Au bout de six mois, survinrent des vomissements aussitôt après le repas. Ils étaient précédés d'une sensation de brûlure, très douloureuse, au niveau de la région épigastrique ; le maximum de la douleur était à deux centimètres au-dessus et à gauche de l'ombilic. Ces vomissements étaient soit bilieux, soit alimentaires, ils contenaient quelques filets de sang à la fin de l'évacuation, mais il ne semble pas que la malade ait eu une franche hématomèse. Il y a deux mois, la malade constata l'existence d'une tumeur para-ombilicale que nous allons décrire plus loin. On comprend que, dans ces conditions, la malade devint d'une maigreur extrême.

A son entrée à l'hôpital, les vomissements présentent les mêmes caractères, et, ce qui est assez singulier, ils sont plus fréquents

la nuit que le jour. En examinant la région épigastrique de la malade, qui, nous le répétons, était d'une maigreur extrême, on voit la paroi abdominale soulevée dans la région pylorique.

A la palpation, on trouve à ce niveau une tumeur du volume du poing, assez mobile transversalement, ayant une tendance à descendre vers l'ombilic et présentant des mouvements de propulsion provoqués par les battements de l'aorte abdominale. L'examen de la tumeur détermine des douleurs assez vives qui irradient jusque vers le thorax. De plus, il existe un point douloureux très net au niveau du rachis, vers la dixième vertèbre dorsale.

La malade très affaiblie, peut à peine faire quelques pas. Sa figure présente une teinte légèrement violacée et asphyxique. Le pouls n'est pas très fréquent, mais il est faible. Dans ces conditions, une intervention opératoire est décidée. La malade est endormie à l'éther. La cavité abdominale étant ouverte, nous trouvons la région pylorique occupée par une tumeur aussi grosse que le poing. C'est cette tumeur intra-gastrique qui détermine la sténose pylorique. La surface séreuse du pylore est normale, sans adhérence. Approximativement, cette tumeur occupait le  $\frac{1}{4}$  du diamètre transversal de l'estomac. Le reste de l'estomac est sain et le long de la petite courbure il n'y a pas de ganglions. La tumeur était assez mobile, libre d'adhérences, et on pouvait être tenté de faire la pylorectomie, mais, étant donné l'état de cachexie de la malade, M. Mauclore, sur le conseil du professeur Le Dentu, dans le service duquel était la malade, se contenta de faire une gastro-entérostomie postérieure. Celle-ci fut pratiquée suivant les règles classiques ; deux plans de sutures en surjet séro-séreux, postérieure et suivant une courbe à concavité antérieure ; deux plans de sutures séro-séreuses, antérieurs à points séparés et suivant une légère courbe à concavité postérieure. Incision gastrique et intestinale et suture en surjet des deux muqueuses. Serrage des fils d'attente antérieurs, dont les extrémités sont nouées avec les fils extrêmes de la suture postérieure.

Comme incident particulier, M. Mauclaire signale l'issue d'un peu de liquide stomacal qui fut vite essuyé. L'opération fut un peu plus longue car sa durée totale fut de près d'une heure et demie. Mais l'examen de la tumeur et de ses connexions avait fait perdre quelque temps. Des injections intra-veineuses furent faites et relevèrent le pouls de la malade très affaiblie. Des compresses de vinaigre furent appliquées sur la région cervicale antérieure et diminuèrent probablement le nombre des vomissements qui furent peu abondants et peu fréquents. Des lavements alimentaires intensifs furent donnés le soir même et pendant quarante huit heures. A ce moment du lait et des jaunes d'œuf délayés dans du bouillon furent donnés à la malade en même temps que des lavements alimentaires.

Les suites de l'opération furent des plus régulières.

Les fils de la paroi furent enlevés le 14 juin seulement.

Le poids de la malade fut de 33 kilogr. la première semaine après l'opération, de 40 kilogr. après trois semaines et de 42 kilogr. après quatre semaines. A cette époque, la palpation de la région pylorique permit de constater la disparition presque complète de la tumeur.

M. Mauclaire a examiné de nouveau cette malade, deux mois après l'intervention; la palpation même profonde et pendant l'expiration ne permettait plus de sentir la tumeur pylorique.

Les digestions étaient parfaites, on n'a pas fait le tubage de l'estomac pour voir si celui-ci contenait de la bile.

Enfin examinée, ces jours-ci par son médecin, c'est-à-dire cinq mois après l'opération, la guérison s'est maintenue, la pression au niveau de la région pylorique est encore un peu douloureuse, mais il n'y a plus de tumeur appréciable à la palpation, la malade est très engraisée.

OBSERVATION XXIV

*Tumeur probablement épithéliomateuse du petit cul-de-sac de l'estomac. Accidents de sténose pylorique, gastro-entérostomie trans-méso-colique de Von Hacker. — Présentation de la malade au bout de six mois.*

*Professeur Schwartz.* Bulletin de la Société de Chirurgie.

Séance du 10 mai 1899, p. 521.

Femme de trente-huit ans, m'est adressée le 8 novembre 1898 par le Dr Gaudineau.

Comme antécédents héréditaires rien de notable, si ce n'est qu'elle avait toujours l'estomac délicat. Elle a eu neuf enfants, dont le dernier il y a neuf mois et demi.

C'est de cette époque que date surtout la maladie qui l'amène.

Depuis quelques mois elle a considérablement maigri, et s'est affaiblie de telle façon, qu'elle peut à peine se tenir. Elle est pâle, mais ne présente pas le teint jaune paille des cancéreux. Tous les jours, depuis quatre mois environ, elle vomit trois ou quatre fois, rejetant presque tous les aliments qu'elle prend dès qu'elle a mangé, et elle mange de bon appétit et n'a aucun dégoût pour aucun aliment, même la viande. Elle sent un poids au niveau de l'estomac, puis des douleurs très vives qui ne cessent que lorsqu'elle a évacué le contenu.

Eructations fréquentes. Outre les aliments, elle vomit quelquefois des glaires légèrement teintés de bile. Il y a quelques semaines, n'ayant pas vomi pendant quelques jours, elle a rendu ensuite tout un seau de matières qui avaient séjourné dans l'estomac.

Jamais il n'y a eu d'hématémèse ni de méléna.

Son poids est actuellement de 35 kilogrammes ; elle n'a que la peau et les os. L'examen local nous montre une dilatation de l'estomac considérable ; il y a du clapotement manifeste.

La sonorité tympanique descend au-dessous de l'ombilic. Au niveau de la région épigastrique, on sent une tumeur très nette, grosse comme un œuf de poule, mobile, peu saillante,

peu douloureuse, qui s'enfonce sous le foie et s'applique sur la colonne vertébrale. Au-dessous de l'ombilic, ventre excavé en bateau.

Urines normales, si ce n'est qu'il y a diminution de l'urée. Nous posons, avec de grandes réserves, le diagnostic d'épithélioma du pylore et du petit cul-de-sac de l'estomac, quoiqu'il y ait contre ce diagnostic l'âge de la malade, l'absence de douleurs vives, son appétit persistant ; nous n'avons pu faire l'examen du chimisme stomacal : elle était tellement faible que je l'ai opérée très rapidement. d'autant plus que sa température n'était que de 36° environ. Injections de sérum sous-cutanées.

Laparotomie sus-ombilicale. Ethérisation. On trouve sous le foie l'estomac atteint sur toute la partie gauche, pylore et petit cul-de-sac, par une induration élastique se diffusant peu à peu sans contours précis, très mobile. J'avoue que si la malade eût été plus forte, je n'eusse pas hésité, vu la facilité avec laquelle se serait faite la pyloréctomie, à pratiquer cette dernière. Toutefois devant son état de faiblesse, devant quelques incertitudes de diagnostic, je parai au plus pressé et je pratiquai, très rapidement, par sutures, la gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique de von Hacker. Durée, trois quarts d'heure. La malade est reportée dans son lit et réchauffée.

Je commence à l'alimenter dès le deuxième jour. Lait et œufs, puis bouillon. Au bout de dix jours, elle s'alimentait presque comme tout le monde, ne souffrait plus, ne vomissait plus, se remontait à vue d'œil.

Je vous la montre au bout de six mois, engraisée de 50 livres. Elle n'est plus reconnaissable.

Je vous ai déjà dit mes hésitations au point de vue diagnostic ; malgré toutes mes recherches au-dessous du foie, où la tumeur peut se cacher, je ne trouve plus rien.

.... En faisant toutes sortes de réserves, je me demande s'il ne s'agissait pas d'une gastrite glandulaire avec hypertrophie des parois du viscère, plutôt que d'une affection néoplasique.

OBSERVATION XXV

Docteur Demoulin. — Bulletin de la Société de chirurgie. —  
Séance du 24 mai 1899. — Revue de gynécologie, 1899,  
tome II, page 860.

Homme de trente-deux ans, avec symptômes de sténose pylorique très accusée, et tumeur de la région épigastrique du volume d'une grosse orange. Nous pensons à un cancer de l'estomac. Laparotomie ; pas d'adhérences de l'estomac, médiocrement dilaté aux organes voisins. Au niveau de la région pylorique de l'estomac, empiétant sur l'antré et la petite courbure, nous trouvons une tumeur du volume et de la forme d'une orange, infiltrée dans les parois, sans adhérences avec les parties voisines.

Le foie et la vésicule biliaire qui la recouvrent dans sa partie supérieure, paraissent sains ; à sa partie supérieure et sur sa face antérieure, au voisinage de la petite courbure, on aperçoit une cicatrice étoilée des dimensions d'une pièce de 2 francs. Cette cicatrice est jaunâtre, comme teintée par la bile et entre ses rayons indurés se voient de petites ulcérations peu profondes à fond jaunâtre comme caséeux et malgré cela, nous le répétons, pas la moindre adhérence. Gastro-entérostomie postérieure. Disparition rapide des accidents gastriques ; 33 jours après l'opération, il n'y a plus trace de la tumeur. Depuis 7 mois, la guérison se maintient, la tumeur est introuvable.

OBSERVATION XXVI

Pantaloni.

*Ulcère calleux prépylorique et sténose pylorique. — Gastro-entérostomie rétro-côlique postérieure en Y. — Guérison.*

Madame F..... 0, âgée de 62 ans, nous fut adressée, par le Dr Aurigo, pour une affection gastrique datant de deux ans.

Les premiers phénomènes ont été les suivants : manque d'appétit ; sensation de brûlure au creux de l'estomac, survénant 3 ou 4 heures après les repas ; vomissements alimentaires souvent.

Peu à peu, les troubles allèrent en s'aggravant. La malade eut à diverses reprises des vomissements noirs et des selles noires aussi. Elle ne peut plus rien supporter et toute alimentation est presque impossible.

Lorsque nous la vîmes pour la première fois, elle était dans une situation misérable. Vivant presque de rien, en proie à de grandes souffrances que les vomissements seuls atténuaient, elle avait l'aspect d'une cancéreuse cachectique. C'est d'ailleurs le diagnostic qui avait été porté par des confrères qui avaient vu la malade en consultation avant nous.

L'examen du ventre en imposait, du reste, au premier abord et permettait de faire cette hypothèse. Les parois, flasques et sans aucune tonicité, laissent se dessiner les intestins et l'estomac. Celui-ci est manifestement très dilaté. Par la palpation on sent, dans la partie droite de l'épigastre, une tuméfaction dure, immobile, dont la matité se confond avec celle du foie. Par l'insufflation de l'estomac, on peut se rendre compte qu'elle fait corps avec la région pylorique.

Le cathétérisme pratiqué à jeun ramène une bouillie fétide, contenant des aliments ingérés depuis plusieurs jours, preuve de stase et de fermentations organiques.

Comme les malades de cette catégorie, elle avait essayé en vain plusieurs traitements. Aussi accepta-t-elle sans hésiter l'idée d'une opération.

OPÉRATION. — Celle-ci eut lieu le 20 janvier, en présence des D<sup>rs</sup> Aurigo et Monteux. L'ombilic, siège d'une hernie épiploïque adhérente, fut extirpé d'abord avec celle-ci par une incision elliptique, prolongée en haut vers l'appendice xiphoïde. L'estomac se montra alors très distendu par des liquides et des gaz. En réclinant la lèvre droite de l'incision, je pus montrer nettement aux assistants une *masse calleuse* englobant le

pylore et une partie de la petite courbure, et fusionnant ensemble la face inférieure du lobe gauche du foie et l'épiploon. L'absence de tout semis cancéreux dans le voisinage, l'aspect franchement inflammatoire des tissus épaissis, me firent supposer qu'il s'agissait simplement d'un ulcère calleux. Alors, sans m'attaquer aux adhérences dont la libération eût été à la fois inutile et dangereuse, je pratiquai la gastro-entérostomie en Y sur l'antrum du pylore et tout près de la grande courbure, suivant le mode habituel et sans aucun incident.

Les suites furent on ne peut plus simples. La malade n'eut pas un seul vomissement et put s'alimenter dès le 2<sup>e</sup> jour. Elle quitta la clinique le 15<sup>e</sup> jour, déjà transformée. Elle gagna 10 kilos en 3 mois ; et lorsque je l'ai revue tout dernièrement, elle n'avait ni douleurs, ni vomissements, et était si fraîche que j'eus peine à la reconnaître.

#### OBSERVATION XXVII

Sorel. — Revue médicale de Normandie, n<sup>o</sup> 25 mars 1902

M<sup>me</sup> L... (Héloïse), âgée de 54 ans, avait été jusqu'à il y a 15 mois assez bien portante. Elle a eu une bronchite, il y a 12 ans et une fièvre typhoïde il y a 10 ans. La malade tousse assez fréquemment depuis.

Il y a 15 mois, elle a commencé à souffrir de l'estomac surtout après les repas. Puis aux pesanteurs d'estomac se sont ajoutés des vomissements survenant plusieurs heures après les repas ; le matin, elle rendait des glaires, et dans la journée elle avait des renvois aigres. Elle n'a jamais eu ni hémartémèse, ni melæna. L'appétit est conservé.

La malade a maigri d'une façon considérable.

Elle entre à l'hôpital le 1<sup>er</sup> octobre 1900.

A l'examen, on ne trouve pas de dilatation de l'estomac et on ne peut percevoir de tuméfaction appréciable dans la région épigastrique, le ventre est souple.

On ne trouve ni ascite, ni œdème, ni ganglions inguinaux, ni sus-sternaux, ni circulation collatérale.

Les bruits du cœur sont un peu faibles mais sans souffle.

À l'auscultation on entend quelques râles sibilants à la fin de l'expiration.

Poids à l'entrée, 40 kilos.

Le diagnostic porté en ville par deux médecins est cancer de l'estomac ; nous pensons également à un cancer, à cause de l'amaigrissement considérable et de l'intolérance gastrique.

Voici l'analyse complète de l'urine, faite par M. Dominique, pharmacien de l'Hôpital Pasteur.

840 cc. urine trouble, jaune, légèrement acide : densité 1019.

Urée au litre : 21 g. 504.

Acide phosphorique total : 1 g. 558.

Rapport 1/13. 8.

Absence de sucre et de pigments biliaires.

Traces d'albumine.

Au microscope : Phosphate de chaux neutre abondant.

Quelques cellules épithéliales.

Quelques leucocytes.

6 octobre. — Laparotomie-gastro-entérostomie en Y.

La malade est endormie au chloroforme.

Pendant l'opération, on fait une injection d'un litre de sérum artificiel dans la fesse.

Je fais une incision médiane sus-ombilicale, le ventre ouvert je trouve l'estomac dilaté, au niveau du pylore, il y a une tumeur allongée, grosse comme deux doigts. Des adhérences fusionnent le pylore et la vésicule biliaire. L'extirpation paraît impossible. Je pratique alors la gastro-entérostomie en Y, de Roux. Ensuite suture de la paroi abdominale. Pansement aseptique.

La malade a du choc : le soir litre de sérum et piqûres de caféine.

7 octobre. — La nuit a été mauvaise.

La malade se remonte, elle prend du champagne dans la journée.

8 octobre. — La nuit a été bonne. Lait et bouillon ; les jours suivants elle s'alimente progressivement.

24 octobre. — Ablation des fils. Réunion de la plaie.

29 octobre. — Sortie ; guérison.

On revoit la malade au bout d'un mois et on la pèse : elle a gagné 6 kilogrammes.

Je revois la malade le 12 octobre 1901, un an après l'opération ; elle pèse 72 k. 800 gr.

Le 21 février 1902. — 16 mois après l'opération, la malade est présentée à un groupe de confrères qui peuvent constater son très bon état général ; elle leur déclare qu'elle n'a plus jamais de vomissements ni aucun trouble digestif ; qu'elle a un très grand appétit et qu'elle digère indifféremment n'importe quelle nourriture. C'est donc là un résultat parfait qui se maintient depuis 16 mois ; les vomissements ont cessé du jour même de l'opération.

#### OBSERVATION XXVIII

*Ulcère calleux de la région pylorique. — Pylorectomie  
par le procédé de Köcher. — Guérison.*

*Professeur Lejars. Bulletin de la Société de Chirurgie.*

Séance du 11 mars 1903. page 325.

Il s'agit d'une malade, âgée de 34 ans, qui me fut envoyée à l'hôpital Tenon par mon confrère le Dr Legier, le 27 octobre 1902, dans un état fort alarmant, de pâleur, d'amaigrissement et de cachexie.

Elle avait commencé à souffrir de l'estomac, il y a environ huit ans ; elle se rappelle nettement avoir eu, au début, des nausées sans vomissements et de vives douleurs au creux épigastrique et dans le dos. Les douleurs, se renouvelant plusieurs fois dans la journée, duraient une ou deux minutes au plus,

avec une acuité intolérable. Les divers traitements qu'elle suivit n'améliorent pas son état.

Jusqu'en juin 1902, elle ne vomit jamais et ne remarqua jamais rien d'anormal quant à la couleur de ses garde-robes.

Elle commença à souffrir d'une façon presque continue et à vomir en janvier 1902, peu à peu les douleurs devinrent constantes, même au réveil, plus fortes environ un quart heure après le repas. Les vomissements, d'abord peu fréquents, survinrent deux ou trois fois par jour, et à différentes reprises la malade constata dans les matières vomies du liquide noirâtre, couleur de suie. En juillet, parut le melæna.

Au début d'octobre, M. Legier constatait une tumeur épigastrique, et nous adressait la malade.

Cette tumeur épigastrique était alors des plus nettes, elle siégeait au niveau de la région pylorique; elle était bosselée, dure, mobile dans la profondeur; elle présentait approximativement les dimensions d'un poing d'enfant. Non seulement on la délimitait aisément au palper, mais elle faisait relief sur la paroi très amaigrie. L'estomac était moyennement dilaté. Les vomissements étaient journaliers et l'alimentation à peu près nulle. Aussi l'état général était-il fort précaire, la peau d'un blanc jaunâtre; le poids ne dépassait pas 37 kilos.

Sans oublier la possibilité d'un ulcère calleux, nous avions trop de bonnes raisons de craindre un néoplasme et ce fut dans ces conditions que la laparotomie fut pratiquée le 8 novembre 1902.

Sous le chloroforme, la tumeur épigastrique figurait une voussure arrondie et saillante.

Le ventre ouvert sur la ligne médiane sus-ombilicale, je trouvai une grosse tumeur blanchâtre, bosselée, dure, occupant le pylore et se prolongeant sur le segment voisin de l'estomac, sur une largeur de deux travers de doigt et demi environ. Le reste de l'estomac dilaté, était d'aspect normal; quelques petits ganglions étaient disséminés le long de la petite courbure. La

tumeur était mobile; elle se laissait soulever sans peine et je pris le parti de faire la pylorectomie.

Je la pratiquai par le procédé de Kocher : je découvris d'abord l'artère coronaire stomachique à la partie moyenne de la petite courbure, je la liai et j'excisai trois ganglions adjacents : ceci fait, un barrage provisoire fut établi sur le duodénum et sur l'estomac, bien au delà des limites de la tumeur, et le segment intermédiaire fut libéré et enlevé. La tranche stomacale fut alors réunie; puis, à un doigt et demi en arrière, sur la face postérieure de l'estomac, une incision fut faite, et le bout duodénal, qui remonta sans difficulté, fut anastomosé. Réunion sans drainage.

Le sérum fut administré à haute dose, en lavements et sous la peau, dans les jours qui suivirent. Il n'y eut d'ailleurs pas d'incident et l'alimentation liquide fut reprise progressivement, à partir du troisième jour.

Le 28 novembre, la malade quittait l'hôpital dans un état d'amélioration très rapide : elle pesait 44 kilos. Le 11 décembre, elle en pesait 47 ; le 20 janvier 1903, 52 kilos. 700 ; elle en pèse aujourd'hui 55, ce qui fait en somme, depuis quatre mois, un gain de 18 kilos. Les digestions sont excellentes et l'aspect général des plus florissants.

Or, l'examen de la tumeur pylorique a montré l'existence d'une plaque épaisse, dure, ulcérée à la partie centrale et entourée d'une épaisse gangue de tissu blanchâtre et ferme qui se diffusait dans l'épaisseur de la paroi ambiante. L'examen histologique pratiqué par notre collègue, M. Ménétrier, a permis de conclure à un processus ulcéreux, sans aucune trace de néoplasme. Il s'agissait donc d'un vieil ulcère calleux formant tumeur, de la région pylorique de l'estomac.

## CONCLUSIONS

---

1° Il existe des tumeurs inflammatoires de l'estomac dues à un ulcère calleux ou à des adhérences de péri-gastrite.

2° Ces tumeurs inflammatoires ont été prises presque toujours pour des cancers et le diagnostic entre ces deux affections ne peut guère être que supposé.

3° De très beaux résultats ont été obtenus par l'intervention chirurgicale et surtout par la gastro-entérostomie.

Vu :

*Le Professeur,*

GUYON.

Vu :

*Le Doyen,*

DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

*Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,*

L. LIARD.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- BERRIER. — Thèse de Paris, 1902.
- W. BRINTON. — Traité des maladies de l'estomac. Trad. Riant, 1870.
- CHAPUT. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 9 février 1898.
- J. CRUVEILHIER. — De l'ulcère simple chronique. Chapitre des hypertrophies, tome III.
- DAYOT. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1895, p. 633.
- DOYEN. — Traitement chirurgical des affections de l'estomac et du duodénum. Paris, 1895.
- HARTMANN et MAUCLAIRE. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 3 mai 1899.
- LEJARS. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 11 mars 1903.
- LETULLE. — Presse médicale, 1896, n° 57.
- G. MARION. — De l'intervention chirurgicale dans le cours et les suites de l'ulcère simple de l'estomac. Thèse de Paris, 1897.
- MATHIEU. — Société médicale des Hôpitaux, juillet 1897.
- MONGOURD. — Thèse de Paris, 1897.
- MONTPROFIT. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 16 mars 1898.
- PANTALONI. — Arch. provinciales de Chirurgie, n° 10, oct. 1899.

RÉMON. — Des adhérences gastro-pancréatiques consécutives à l'ulcère de l'estomac. Thèse de Paris, 1902.

SCHWARTZ. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 10 mai 1899.

SOREL. — Revue médicale de Normandie, 25 mars 1902.

TERRIER. Bulletin de la Société de Chirurgie. 1894, page 424.

TOURNIER. — Lyon médical, 1897.

TUFFIER. — Rapports. Bulletin de la Société de Chirurgie, 24 mai 1899.



